

Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Rapport annuel de gestion 2010 • 2011

Accompagnement • Services ambulanciers • Services sociaux

Engagement • Cliniques • Accessibilité • Soins • Santé physique • Services hospitaliers • Santé publique


Santé • Professionnalisme • Cohésion • Urgences • Partenariat • Ressources intermédiaires • Efficience

Écoute • Première ligne • Continuité • Groupe de médecine familiale



Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Rapport annuel de gestion 2010 • 2011

Québec 

Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

288, rue Pierre-Saindon, bureau 115

Rimouski (Québec) G5L 9A8

Téléphone : 418 724-5231

Télécopieur : 418 723-1597

www.agencessbsl.gouv.qc.ca

Adopté par le conseil d'administration

Le 21 septembre 2011

Production

Direction des affaires institutionnelles, juridiques et des communications

Édition

© Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011

Bibliothèque et Archives Canada, 2011

ISBN : 978-2-923362-54-3 (version imprimée)

ISBN : 978-2-923362-54-0 (version PDF)

Dans cet ouvrage, la forme masculine est utilisée sans discrimination dans le seul but d'alléger le texte.

Table des matières

Sigles et acronymes	5
Message du président-directeur général et du président du conseil d'administration	7
Déclaration de fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion et des contrôles afférents	9
Chapitre 1 : Présentation de la région et des réseaux locaux de services	
1.1 Territoire et population	11
1.2 Bilan de santé et déterminants	12
1.3 Réseaux locaux de services	13
Chapitre 2 : Présentation de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent	
2.1 Mission, rôle et responsabilités	21
2.2 Plan d'organisation, effectifs et organigramme	23
2.3 Conseil d'administration	25
2.4 Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services	26
2.5 Comité de vigilance et de la qualité	27
2.6 Forum de la population	28
2.7 Comité de vérification	29
2.8 Département régional de médecine générale	30
2.9 Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée	32
2.10 Comité régional sur les services pharmaceutiques	33
2.11 Commission infirmière régionale	34
2.12 Commission multidisciplinaire régionale	35
2.13 Comité aviseur sur les conditions de vie des femmes	35
2.14 Comité régional d'accès aux services de santé et de services sociaux en langue anglaise	36
2.15 Responsabilités de l'Agence en matière de sécurité civile	38
Chapitre 3 : Faits saillants de l'année	
3.1 L'action concertée sur les déterminants de la santé et du bien-être	39
3.1.1 La santé dentaire publique	39
3.1.2 Les services pour les jeunes et leur famille	39
3.1.3 Les activités de prévention du suicide	41
3.1.4 Les activités de promotion-prévention des maladies chroniques	42
3.1.5 La violence conjugale et les agressions sexuelles	43
3.2 La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services	44
3.2.1 Le service Info-Santé et le service téléphonique pour les personnes éprouvant des problèmes psychosociaux	46

3.2.2	Les services dispensés aux clientèles atteintes de maladies chroniques ou de cancer	47
3.2.3	Les services aux jeunes en difficulté	49
3.2.4	Les services aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale et aux prises avec une problématique d'abus ou de dépendance	50
3.2.5	Les services offerts aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	54
3.2.6	Les services de soutien à domicile et l'offre de milieux de vie diversifiés et adaptés aux besoins des clientèles ayant des besoins spécifiques	56
3.2.7	Les services en soins palliatifs de fin de vie	56
3.3	Un délai cliniquement approprié pour l'accès aux services	57
3.3.1	Les ressources médicales spécialisées	57
3.3.2	Les services thérapeutiques et diagnostiques	57
3.3.3	Les services de base et les services spécialisés de réadaptation pour les personnes ayant une déficience	59
3.4	La qualité des services et l'innovation	61
3.5	Le développement de la mission universitaire médicale au Bas-Saint-Laurent	63
3.6	L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines	63
3.7	Le développement des systèmes d'information en appui à l'offre de service	70
3.8	La performance globale du système de santé et de services sociaux	70

Chapitre 4 : Organismes communautaires

4.1	Le contrôle de la conformité	73
4.2	Le bilan des interventions réalisées	73

Chapitre 5 : Données financières 2010-2011

5.1	Les résultats financiers de l'Agence	75
5.2	Les allocations des ressources financières aux établissements	96
5.3	Les allocations financières versées aux organismes communautaires – enveloppe régionale de crédits	98

Annexes

I	Code d'éthique et de déontologie des administrateurs de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent	103
II	Bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la fin de la treizième période financière 2010-2011	108

Sigles et acronymes

A-B	AEO	Accueil, évaluation, orientation
	AMP	Activité médicale particulière
	AMPRO	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux
C	BCM	Bilan comparatif des médicaments
	CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
	CAUR	Centre affilié universitaire régional
	CAVAC	Centre d'aide aux victimes d'actes criminels
	CCCTH	Comité de concertation et de consultations des travailleurs et des travailleuses
	CÉGEP	Collège d'enseignement général et professionnel
	CH	Centre hospitalier
	CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
	CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
	CIR	Commission infirmière régionale
	CJ	Centre jeunesse
	CLSC	Centre local de services communautaires
	CMuR	Commission multidisciplinaire régionale
	CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
	COGEM	Comité de gestion des effectifs en omnipratique
	COSMOSS	Communauté Ouverte et Solidaire pour un Monde Outillé Scolarisé et en Santé
	CPPE	Cliniques pédiatriques en protection de l'enfance
	CR	Centre de réadaptation
	CRAT	Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie
	CRÉ	Conférence régionale des éluEs
	CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
	CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
	CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
	CSSS	Centre de santé et de services sociaux
	CSST	Commission de la santé et de la sécurité au travail
D-E	DI	Déficience intellectuelle
	DMS	Durée moyenne de séjour
	DP	Déficience physique
	DSP	Directeur des services professionnels
	DRMG	Département régional de médecine générale
	ECOS	Examen clinique objectif structuré
G-I	ETP	Équivalent temps plein
	GMF	Groupe de médecine de famille
	IAB	Initiative Ami des bébés
	INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
L-M	IPS	Infirmière praticienne spécialisée
	LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
	LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
	MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
	MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
	MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
	MRC	Municipalité régionale de comté
	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux

O-P	OASIS	Outil d'alimentation du système d'information sociosanitaire
	ORII	Ordre régional des infirmières et infirmiers
	ORSC	Organisation régionale de sécurité civile
	PAD	Programme d'adaptation domiciliaire
	PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
	PASM	Plan d'action en santé mentale
	PDG	Président-directeur général
	PEM	Plan d'effectif médical autorisé pour les établissements
	PLAIDD-BF	Promotion, Lutte, Aide, Intervention, Défense, Droit – Bas-du-Fleuve
	PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
	PRATA	Programme de retour au travail adapté
	PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
	PSI	Plan de services individualisé
	PSOI	Programme de santé des organisations et des individus
	PTG	Prothèses totales du genou
	PTH	Prothèses totales de la hanche
R	RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
	RFI	Réseau fonctionnel intégré
	RI	Ressource intermédiaire
	RIPU	Regroupement et implication des personnes utilisatrices
	RLS	Réseau local de services
	RSIPA	Réseau de services intégrés personnes âgées
	RTF	Ressource de type familial
S-T	RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
	SARA	Service ambulatoire radiologique accessible
	SIPPE	Services intégrés en périnatalité et en petite enfance
	SISSS	Système d'information pour la sécurité des soins et des services
	SRIEQ	Service régional d'interprétariat de l'Est-du-Québec
	SRMO	Service régional de main-d'œuvre
	TED	Trouble envahissant du développement
	TCGFBSL	Table de concertation des groupes de femmes du Bas-Saint-Laurent
	TMS	Trouble musculo-squelettique
U-V	TRCDMS	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
	UMF	Unité de médecine familiale
	UQAR	Université du Québec à Rimouski

Message du président-directeur général et du président du conseil d'administration

Fierté et distinction pour toute une région

S'il est un sentiment rattaché aux résultats de l'année 2010-2011 présentés dans ce rapport annuel de gestion, un sentiment partagé par la direction, les administrateurs et le personnel de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, c'est la grande fierté, qui se décline à travers les multiples sphères d'activité dans lesquelles l'Agence exerce son action. Nous avons le plaisir de vous en partager un aperçu dans le présent rapport.



Claude Lévesque

Des résultats enviables

Parmi les exploits les plus marquants, notons les résultats obtenus en regard des ententes de gestion, dont 80 % des cibles qui s'y rattachent ont soit atteint les résultats prévus ou se comparent avantageusement à l'échelle provinciale. Les réussites les plus probantes se situent en regard de la protection de la jeunesse et des jeunes contrevenants, de la radio-oncologie, du nombre d'arthroplasties de la hanche et du genou, de chirurgies de la cataracte, de chirurgies d'un jour, de l'occupation des lits des hôpitaux par des patients en fin de soins actifs et du soutien à domicile. Notons que l'obtention de ces résultats et l'identification des pistes d'amélioration n'auraient été possibles sans le travail remarquable et l'engagement des gestionnaires et des intervenants de tous les établissements.



Jean-Paul Morin

Aussi, le projet de mission universitaire à l'Hôpital régional de Rimouski a franchi un pas de plus avec l'annonce d'un investissement majeur en vue de la création d'un campus clinique. En vertu d'un partenariat entre le CSSS de Rimouski-Neigette, la Faculté de médecine de l'Université Laval et l'Université du Québec à Rimouski, la formation d'étudiants en médecine pourra s'intensifier, donnant ainsi la chance à des externes et résidents de se familiariser avec la pratique en région.

L'Agence, fière de la qualité des services offerts à la population

Cette année, la région s'est démarquée par la constance et la qualité des services dispensés aux Bas-Laurentiens. À titre d'exemple, dans le cadre du Programme québécois de lutte contre le cancer, l'équipe interdisciplinaire en oncologie du CSSS de Rimouski-Neigette a obtenu un mandat régional. Cette équipe constitue un élément fondamental de l'organisation des soins et services proposée aux personnes atteintes. De plus, l'Agence a reconnu le rôle joué par le CSSS de Rivière-du-Loup en regard de son expertise en oncologie. Dans un esprit de collaboration et de concertation, des travaux visant la reconnaissance particulière du CSSS de Rivière-du-Loup se dérouleront au cours des prochains mois, de pair avec l'équipe interdisciplinaire régionale, afin de développer des liens de complémentarité qui doteront notre région de la plus grande autonomie possible en matière de lutte contre le cancer.

Par ailleurs, une approche unique a été développée au Bas-Saint-Laurent afin d'assurer un meilleur suivi et la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. Plus que jamais, les services offerts par les professionnels en maladies chroniques se font en étroite collaboration avec les CSSS, les GMF et les cliniques privées de façon à établir une meilleure synergie et à répondre encore mieux aux besoins de première et de deuxième ligne. Cette approche a d'ailleurs été favorablement accueillie lors des Journées annuelles de santé publique qui ont eu lieu à Montréal en novembre 2010, démontrant encore une fois la qualité et la pertinence des actions mises sur pied par l'équipe de maladies chroniques.

Un réseau responsable et collaboratif

Faire face à des défis d'ordre budgétaire n'est jamais facile. Dans notre secteur d'activité, c'est encore plus vrai; nous devons répondre à des impératifs légaux, tout en veillant à la santé et au bien-être des gens. C'est dans cette optique que six établissements de l'Est de la région se sont unis afin de trouver des moyens novateurs de répondre aux exigences du projet de loi n° 100, tout en préservant la qualité des soins et des services. L'Agence salue l'initiative de ces établissements qui agissent de manière proactive pour évaluer les besoins et utiliser des leviers qui visent l'optimisation des ressources humaines et financières.

Un autre exemple de collaboration est le mémoire qu'ont présenté l'Agence et la Conférence régionale des éluEs (CRÉ) du Bas-Saint-Laurent dans le cadre de l'étude du projet de loi n° 127 par la Commission de la santé et des services sociaux. Ce document est le fruit d'une réflexion commune sur la vision de la gouverne du réseau de la santé et des services sociaux et de démarches de concertation et de projets collectifs échelonnés sur plusieurs années. Le mémoire a permis de dégager une vision qui transcende les réseaux d'appartenance et de proposer une gouverne en santé et services sociaux adaptée à la réalité de notre région.

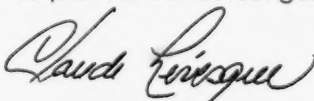
Également dans cette optique, les ententes de collaboration en radiologie entre, d'une part, le CSSS de Rimouski-Neigette et le CSSS de Matane et, d'autre part, entre le CSSS de Rimouski-Neigette et le CSSS de La Matapédia sont à souligner. Ainsi, le CSSS de Rimouski-Neigette assure actuellement les services de lecture en radiologie en l'absence de radiologistes et rend disponibles les rapports d'interprétation au médecin requérant. Conclues dans un cadre qui respecte l'autonomie locale des établissements, les ententes assurent la continuité de l'offre de service en radiologie diagnostique au bénéfice de la clientèle.

Enfin, conscientes de l'importance d'améliorer les services de santé offerts aux populations vivant en région, les agences du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et de la Côte-Nord ont conclu un accord unique de cinq ans avec l'Institut national de santé publique du Québec et l'Université du Québec à Rimouski, duquel est issu le Consortium InterEst Santé. Cette démarche vise à appuyer les efforts des acteurs du réseau de la santé pour adapter leur mode d'organisation et leurs pratiques en regard des besoins des communautés des régions éloignées. Les axes de travail privilégiés par InterEst Santé sont la recherche et le développement, l'éducation, la formation et le perfectionnement, ainsi que la communication, les liens et les échanges.

Unis pour offrir les meilleurs soins

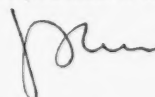
À n'en pas douter, le réseau de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent est performant et dynamique. C'est pourquoi nous tenons à remercier publiquement les gens qui travaillent dans tous nos établissements, des gens passionnés qui, jour après jour, contribuent sans relâche à soigner notre population avec dévouement et engagement. Ici comme ailleurs, les établissements et les organismes communautaires ont une expertise et un savoir-faire qui méritent d'être soulignés. L'Agence du Bas-Saint-Laurent a le privilège d'être témoin des initiatives et des actions de tous ces intervenants qui représentent le cœur de notre réseau. Soyons collectivement fiers de leurs réalisations, véritable reflet de la force de notre mobilisation.

Le président-directeur général,



Claude Lévesque

Le président du conseil d'administration,



Jean-Paul Morin

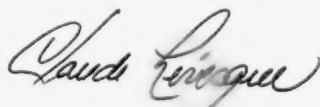
Déclaration de fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion et des contrôles afférents

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assuré que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le Rapport annuel de gestion 2010-2011 de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent ainsi que les contrôles y afférant sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2011.

Le président-directeur général,



Claude Lévesque



Chapitre 1 – Présentation de la région et des réseaux locaux de services

1.1 Territoire et population

Les 101 207 femmes et les 100 119 hommes (201 326 au total¹) que comptent les 8 territoires de MRC (municipalité régionale de comté) du Bas-Saint-Laurent se répartissent dans 114 municipalités. Plusieurs de ces villes, villages et paroisses sillonnent le fleuve sur ses quelque 300 km de côte entre La Pocatière et Les Méchins. Les autres sont localisés sur les terres du Haut-Pays et sur celles des vallées du Témiscouata et de La Matapédia. Tandis qu'environ la moitié de la population de la région habite dans ses principaux centres urbains, avec en tête de liste les villes de Rimouski, Rivière-du-Loup et Matane, la ruralité constitue le mode d'occupation de l'espace de l'autre moitié de ses résidents. Les MRC du Bas-Saint-Laurent sont composées d'une population qui varie de 9 100 à un peu plus de 54 000 habitants.

De 2006 à 2010, selon les dernières estimations de population de l'ISQ², on peut observer des variations démographiques à l'échelle des territoires municipaux; des 114 villes et villages que compte la région, 76 ont vu leur population diminuer (2 623 personnes au total) et 38 ont enregistré des hausses (2 326 personnes au total). Les municipalités dont les effectifs ont diminué sont généralement de petites tailles, quoique certaines villes présentant un poids démographique important figurent dans cette liste : Matane (- 237), La Pocatière (- 192), Trois-Pistoles (- 162), Causapscal (- 131) et Sayabec (- 98). Rivière-du-Loup (+ 321), Rimouski (+ 1 109), Saint-Modeste (+ 154) et Saint-Antoine (+ 150) font partie des municipalités qui ont vu leur population s'accroître pour la période de 2006 à 2010.

Parmi les éléments qui caractérisent la population de la région du Bas-Saint-Laurent, on peut certes affirmer que le vieillissement de la population est ce qui conditionne le plus l'organisation de ses services. Au cours de l'année 2011, quelque 39 200 personnes du Bas-Saint-Laurent avaient 65 ans et plus, ce qui représentait 19 % de la population totale de la région, soit 4 points de pourcentage au-dessus de la proportion enregistrée dans l'ensemble du Québec. Dix années plus tôt, en 2001, les personnes âgées de 65 ans et plus ne constituaient que 15 % du total de la population du Bas-Saint-Laurent.

Malgré le regain de natalité au Bas-Saint-Laurent depuis 2005, comme cela est également le cas dans l'ensemble du Québec, il est tout de même estimé qu'à long terme, la croissance naturelle diminuera, c'est-à-dire que le nombre de naissances sera de plus en plus déficitaire par rapport au nombre de décès. Ce phénomène, associé au fait que les spécificités migratoires propres à la région font en sorte que le nombre de jeunes, principalement les 15 à 29 ans, qui la quittent est plus élevé que le nombre de ceux qui s'y installent, devrait amener une accélération du vieillissement de la population. En outre, le fait que les premiers « baby-boomers » ont franchi les 65 ans au cours de l'année 2010 entraînera un accroissement de ce vieillissement. On estime qu'en 2016, le nombre de personnes âgées de 65 à 74 ans sera supérieur d'environ 60 % à ce qu'il était en 2006. On s'attend aussi à ce que le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus connaisse une croissance presque aussi importante (56 %).

¹ Institut de la statistique du Québec, *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056*, édition 2009 (population de 2011).

² Institut de la statistique du Québec, *Estimation de la population des municipalités du Québec au 1^{er} juillet des années 1996 à 2010, selon le découpage géographique au 1^{er} juillet 2010, 2011*.

1.2 Bilan de santé et déterminants

Bilan de santé

Bien que, dans l'ensemble, le bilan global de l'état de santé de la population du Bas-Saint-Laurent soit comparable à celui de l'ensemble des Québécois, certaines différences significatives sont néanmoins observées. Par exemple, étant donné que la population du Bas-Saint-Laurent est plus âgée que celle du Québec, elle est généralement plus affectée par des maladies chroniques. Les taux bruts de mortalité par cancer, de même que par maladies cardiovasculaires, respiratoires et digestives, sont tous plus élevés dans la région qu'au Québec. Toutefois, si la population du Bas-Saint-Laurent présentait une structure d'âge similaire à celle du Québec, seules les maladies respiratoires afficheraient un taux de mortalité supérieur pour la période 2005-2007.

Sur d'autres aspects cependant, la région se distingue négativement du Québec, et ce, sans que la structure selon l'âge de sa population soit mise en cause. Son taux élevé de mortalité due aux accidents figure en tête de liste de ces aspects négatifs. Même si la population du Bas-Saint-Laurent ne regroupe que 2,6 % de la population du Québec, on y enregistre, selon les chiffres de 2005 à 2007, 4 % des décès par traumatisme non intentionnel. Il est à noter également que depuis quelques années, la population de la région, particulièrement les hommes, présente des taux de décès par suicide plus élevés. Toutefois, globalement, le taux de suicide tend à diminuer.

Par ailleurs, parmi les personnes âgées de 12 ans et plus qui habitent dans des ménages privés de la région, 22 % vivent avec des limitations d'activités dans leur vie quotidienne, soit une proportion similaire à celle enregistrée au Québec (21 %). Toutefois, le Bas-Saint-Laurent se démarquerait de la province quant au nombre de personnes ayant des limitations sévères (déficience physique, déficience intellectuelle ou problème de santé mentale). En mars 2008, près de 5 000 adultes de la région étaient considérés, en vertu du programme d'assistance-emploi, comme ayant des

contraintes sévères à l'emploi. Ce nombre de personnes représentait alors 3,8 % de tous les adultes âgés de 18 à 64 ans du Bas-Saint-Laurent, ce qui s'avère relativement élevé étant donné que dans l'ensemble du Québec, cette proportion ne se situe qu'à 2,6 %.

Certaines caractéristiques du portrait de santé de la population du Bas-Saint-Laurent diffèrent selon les territoires de MRC. Pour la période 2005-2007, l'espérance de vie à la naissance, par exemple, varie de trois années entre la MRC la plus avantagée (Rivière-du-Loup avec 82,3 ans) et celles qui le sont le moins (La Mitis et La Matapédia avec 79,5 ans chacune). On note aussi que l'auto-évaluation de l'état de santé, c'est-à-dire la façon dont les gens perçoivent leur propre santé, varie sensiblement d'un territoire de MRC à l'autre. Si, dans la MRC de Rimouski-Neigette, 66 % de la population évalue très positivement leur santé, cette même évaluation n'est faite que par 44 % de la population de la MRC de Matane.

Déterminants de l'état de santé de la population

Le Bas-Saint-Laurent se classe plutôt positivement parmi l'ensemble des régions du Québec quant aux principaux facteurs ayant un impact sur l'état de santé d'une population. Selon les indicateurs disponibles, une bonne partie de la population de la région adopterait des habitudes de vie et des comportements favorables à sa santé. On observe aussi que les conditions sociales qui caractérisent la population du Bas-Saint-Laurent seraient meilleures sur plusieurs aspects que celles qui prévalent dans l'ensemble du Québec.

Le Bas-Saint-Laurent, par exemple, se retrouve dans le peloton de tête parmi les régions qui comptent le moins de fumeurs sur son territoire. On note aussi que le taux de grossesse des adolescentes de la région est l'un des plus faibles au Québec. De plus, le taux de crime contre la personne est moins élevé au Bas-

Saint-Laurent que dans la province. Toutefois, il est à mentionner que la population de la région aurait avantage à accroître sa consommation de fruits et de légumes. Les derniers chiffres à ce chapitre (2007-2008) illustrent que 53 % des Bas-Laurentiens de 12 ans et plus en consomment moins de cinq fois par jour. Au Québec, cette proportion est de 47 %.

Par ailleurs, la population du Bas-Saint-Laurent tend à être plus active dans ses loisirs. Au début des années 2000, 37 % des adolescents de la région étaient très actifs, cette proportion a grimpé à 48 % en 2005. Même observation chez les adultes où la proportion des personnes très actives et actives est passée de 26 % à 38 %.

Au chapitre de l'environnement social, outre le fait que la région compte moins de familles monoparentales qu'ailleurs au Québec, on

observe un peu moins de personnes qui vivent seules. De plus, la région compte proportionnellement moins de personnes veuves, séparées et divorcées que l'ensemble du Québec.

Bien que la population du Bas-Saint-Laurent soit, en 2006, encore l'une des moins scolarisées du Québec, et ce, avec 28 % de sa population de 20 ans et plus qui n'a jamais obtenu de diplôme d'études secondaires (22 % au Québec), tout porte à croire que cette situation s'améliorera. En effet, on observe, depuis quelques années, que le décrochage scolaire est moins fréquent dans le Bas-Saint-Laurent qu'ailleurs au Québec. Parmi les élèves sortant du secondaire inscrits en formation générale des jeunes en 2008-2009, 14 % n'avaient ni diplôme ni qualification, alors qu'ils étaient 18 % au Québec.

1.3 Réseaux locaux de services

Découpage territorial

Le réseau de la santé et des services sociaux de la région du Bas-Saint-Laurent comprend huit réseaux locaux de services (RLS) regroupant dix établissements publics :

- Huit centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui tiennent lieu d'instances locales assumant ainsi la coordination de la mise en place des RLS;
- Deux établissements régionaux spécialisés, soit le Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent (CJ) et le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Bas-Saint-Laurent (CRDI);
- La région compte également un Centre de réadaptation en déficience physique sous la responsabilité du CSSS de La Mitis et un Centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et les autres personnes toxicomanes sous la responsabilité du CSSS de Rivière-du-Loup.

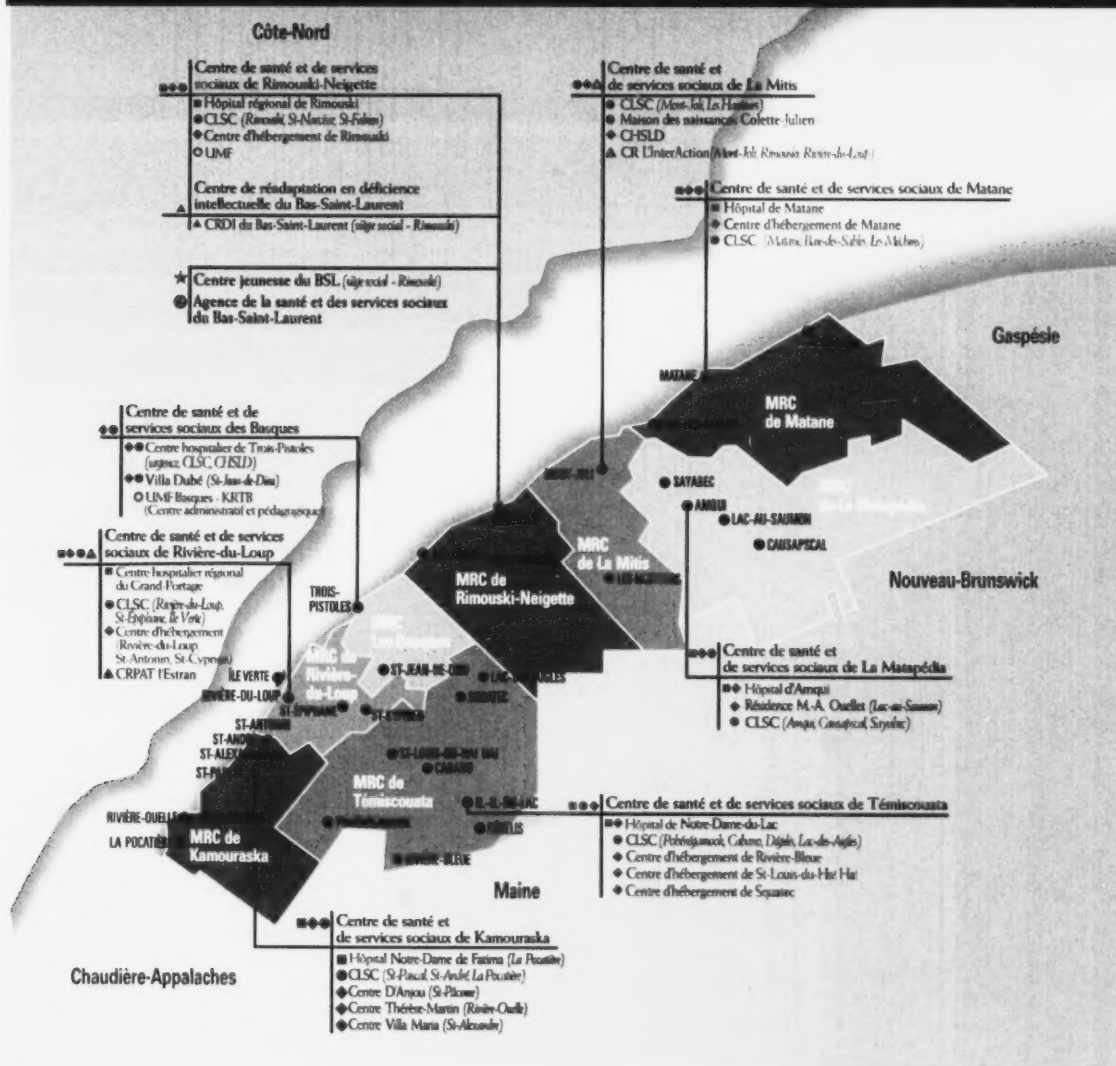
Il faut toutefois noter que plusieurs autres partenaires intersectoriels gouvernementaux ou non gouvernementaux (emploi, éducation, services de garde, justice, sécurité publique, municipalités, organismes communautaires, etc.) sont aussi engagés dans chacun de ces territoires. Le rapport annuel de chacun de ces établissements peut en témoigner de manière plus explicite.

Les tableaux qui suivent vous présentent brièvement le descriptif de chacun de ces territoires ainsi que l'organisation territoriale de services de santé et de services sociaux qui y sont dispensés :

- La représentation géographique du Bas-Saint-Laurent et la localisation des principaux points en matière de services de santé et de services sociaux;
- Quelques caractéristiques régionales sur l'état des effectifs et ressources œuvrant en santé et services sociaux;
- Une présentation générale de chacun des huit RLS.

Réseau des services de santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Missions des établissements et leurs principales installations



LEXIQUE ET LÉGENDE

- CHSGS : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
- CLSC : Centre local de services communautaires
- ◆ CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée
- ▲ CRPDI : Centre de réadaptation pour personne déficiente intellectuelle
- △ CRDP : Centre de réadaptation - déficience physique
- ▲ CRPAT : Centre de réadaptation pour personne alcoolique et toxicomane
- ★ CPEJ : Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
- ☆ CRJDA : Centre de réadaptation - jeunes en difficulté d'adaptation
- ASSS : Agence de la santé et des services sociaux
- UMF : Unité de médecine familiale

État des effectifs et ressources au niveau régional	
Région du Bas-Saint-Laurent, volet santé et services sociaux	
Au 31 mars 2011	
Effectifs et ressources	Caractéristiques
Médecins	La population de la région du Bas-Saint-Laurent est desservie par 438 médecins, dont 254 omnipraticiens et 184 spécialistes, une augmentation de 3 médecins au total depuis un an. Les plans d'effectifs autorisés par le Ministère (2011) sont respectivement de 265 omnipraticiens et de 226 spécialistes.
Groupes de médecine de famille (GMF)	Neuf GMF sont en activité dans la région et plus de 98 232 personnes y sont inscrites au 31 mars 2011.
Pharmaciens	Les établissements du Bas-Saint-Laurent comptent 53 pharmaciens. Par ailleurs, les pharmaciens communautaires en milieu privé sont répartis dans 58 pharmacies.
Dentistes	La région du Bas-Saint-Laurent compte 17 dentistes ayant des privilèges de pratique en milieu hospitalier, dont 15 membres associés et 2 membres actifs en chirurgie buccale et maxillo-faciale. Dans le secteur privé, on dénombre 64,5 dentistes généralistes répartis dans 43 cliniques dentaires et 7 dentistes spécialistes, dont 3 à temps partiel.
Ressources de type familial (RTF) Ressources intermédiaires (RI)	La région peut compter sur un réseau de : <ul style="list-style-type: none"> • 130 familles d'accueil pour les enfants (283 places reconnues); • 139 ressources de type familial en santé mentale, en déficience intellectuelle, en déficience physique et pour les personnes en perte d'autonomie (649 places reconnues); • 73 ressources intermédiaires : 44 pour les personnes âgées en perte d'autonomie, 4 pour les jeunes, 9 pour les personnes présentant un problème de santé mentale, 15 pour les personnes vivant avec une déficience intellectuelle et 1 pour les personnes ayant une déficience physique. Au total, 794 places en ressources intermédiaires sont reconnues.
Résidences pour personnes âgées	Au 31 mars 2011, on dénombrait dans la région 164 résidences inscrites au <i>Registre des résidences pour personnes âgées</i> .
Premiers répondants et entreprises ambulancières	Les services de premiers répondants mettent à contribution 48 personnes et sont présents dans 3 municipalités ainsi que sur le service de traversier de Rivière-du-Loup. Les entreprises ambulancières desservant la région sont au nombre de 10 réparties en 17 points de service et comptent 194 techniciens ambulanciers-paramédics.
Organismes communautaires	La région compte 140 organismes communautaires qui sont reconnus aux fins du financement de la part du réseau de la santé et des services sociaux. Globalement, ils reçoivent un financement annuel de plus de 14 millions de dollars.
Employés des établissements	Le réseau de la santé et des services sociaux emploie 7 417 personnes représentant 6 108 postes équivalents temps complet, dont 289 cadres équivalents temps complet et 5 810 syndiqués et non-syndiqués équivalents temps complet. La moyenne d'âge du personnel s'établit à 43 ans.

Présentation des réseaux locaux de services du Bas-Saint-Laurent

Caractéristiques générales

Territoire	Population	Nombre de municipalités	Descriptif
Kamouraska	21 736	17	<ul style="list-style-type: none"> Le CSSS a une mission de courte durée (CH), de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) Le CSSS est partenaire de l'Unité de médecine familiale (UMF) Basques-KRTB <p>La Pocalière :</p> <ul style="list-style-type: none"> Localisation du CH et point de service du CLSC Point de service du Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent (CJ) et du Centre de réadaptation en dépendance du Bas-Saint-Laurent (L'Estran) <p>Saint-Pascal :</p> <ul style="list-style-type: none"> Siège social du CSSS et localisation du CLSC Point de service de L'Estran et du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Bas-Saint-Laurent (CRDI) <p>Saint-André :</p> <ul style="list-style-type: none"> Point de service du CLSC <p>Saint-Pacôme, Rivière-Ouelle et Saint-Alexandre :</p> <ul style="list-style-type: none"> Localisation de CHSLD
Rivière-du-Loup	34 650	13	<ul style="list-style-type: none"> Le CSSS a une mission de courte durée (CH), de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) Le CSSS agit comme pôle de référence pour l'ouest de la région en santé physique et santé mentale Le CSSS est gestionnaire du Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie (L'Estran) Le CSSS est partenaire de l'UMF Basques-KRTB <p>Rivière-du-Loup :</p> <ul style="list-style-type: none"> Siège social du CSSS, localisation du CH, du CLSC et d'un CHSLD Centre administratif et point de service de L'Estran Point de service du Centre de réadaptation en déficience physique L'InterAction Point de service et deux unités de réadaptation du CJ Point de service du CRDI Bureaux de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent <p>Saint-Cyprien :</p> <ul style="list-style-type: none"> Point de service de L'Estran Localisation d'un CHSLD <p>Saint-Antonin :</p> <ul style="list-style-type: none"> Localisation d'un CHSLD <p>Saint-Épiphane et Notre-Dame-des-Sept-Douleurs (Île Verte) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Points de service du CLSC
Témiscouata	21 229	19	<ul style="list-style-type: none"> Le CSSS a une mission de courte durée (CH), de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) Le CSSS est partenaire de l'UMF Basques-KRTB <p>Témiscouata-sur-le-Lac :</p> <ul style="list-style-type: none"> Siège social du CSSS, localisation du CH et de lits CHSLD Point de service du CLSC, de L'Estran, du CJ et du CRDI <p>Dégelis et Lac-des-Aigles :</p> <ul style="list-style-type: none"> Points de service du CLSC <p>Pohénégamook :</p> <ul style="list-style-type: none"> Point de service du CLSC et urgence de stabilisation <p>Rivière-Bleue :</p> <ul style="list-style-type: none"> Localisation d'un CHSLD et point de service du CLSC <p>Saint-Louis-du-Hal Hal et Squatec :</p> <ul style="list-style-type: none"> Localisation de CHSLD

Présentation des réseaux locaux de services du Bas-Saint-Laurent			
Caractéristiques générales			
Territoire	Population	Nombre de municipalités	Descriptif
Les Basques	9 112	11	<ul style="list-style-type: none"> Le CSSS a une urgence de stabilisation, une mission de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) Le CSSS est fiduciaire de l'UMF Basques-KRTB <p>Trois-Pistoles :</p> <ul style="list-style-type: none"> Siège social du CSSS, localisation de l'urgence, du CLSC et d'un CHSLD Point de service du CJ, de L'Estran et du CRDI Unité de réadaptation du CJ <p>Saint-Jean-de-Dieu :</p> <ul style="list-style-type: none"> Localisation d'un CHSLD et point de service du CLSC <p>Saint-Clément :</p> <ul style="list-style-type: none"> Point de service du CLSC
Rimouski-Neigette	54 233	9	<ul style="list-style-type: none"> Le CSSS a une mission de courte durée (CH), de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) Le CSSS (mission CH) offre des surspécialités en néonatalogie, radio-oncologie et néphrologie pour l'est de la région, la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine, et dans certains secteurs pour la Côte-Nord; il est centre désigné pour la banque de sang pour les établissements du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie ainsi que du CH de Baie-Comeau Le CSSS opère une UMF <p>Rimouski :</p> <ul style="list-style-type: none"> Siège social du CSSS, localisation du CH, du CLSC, du CHSLD et de l'UMF Siège social du CJ, point de service du CJ et trois unités de réadaptation du CJ Point de service de L'Estran Siège social du CRDI et point de service du CRDI Point de service de L'InterAction Siège social de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent <p>Saint-Marcellin, Saint-Narcisse et Saint-Fabien :</p> <ul style="list-style-type: none"> Points de service du CLSC
La Mitis	19 489	16	<ul style="list-style-type: none"> Le CSSS a une mission de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) Le CSSS est gestionnaire du Centre de réadaptation en déficience physique L'InterAction Le CSSS est gestionnaire de la centrale régionale d'Info-Santé Le CSSS est gestionnaire de la Maison des naissances Colette-Julien <p>Mont-Joli :</p> <ul style="list-style-type: none"> Siège social du CSSS, localisation du CLSC et du CHSLD Centre administratif et point de service de L'InterAction Point de service de L'Estran, du CJ et du CRDI <p>Les Hauteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> Point de service du CLSC <p>Price :</p> <ul style="list-style-type: none"> Localisation de lits de longue durée psychiatrique opérés par le CSSS de Rimouski-Neigette

Présentation des réseaux locaux de services du Bas-Saint-Laurent

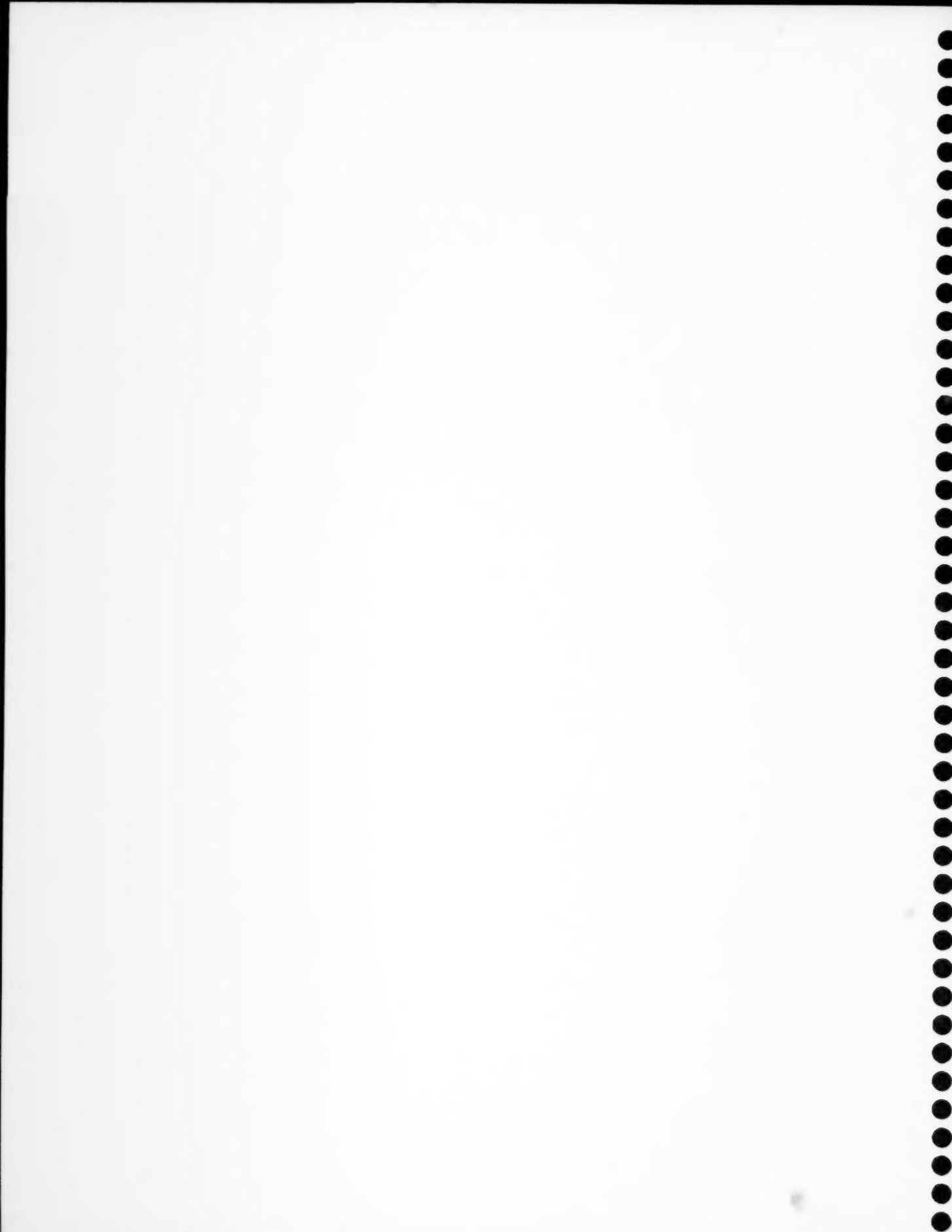
Caractéristiques générales

Territoire	Population	Nombre de municipalités	Descriptif
La Matapédia	18 790	18	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Le CSSS a une mission de courte durée (CH), de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) Amqui : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Siège social du CSSS ▪ Localisation du CH ▪ Localisation du CLSC ▪ Point de service du CJ, de L'Estran et du CRDI Causapsal et Sayabec : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Points de service du CLSC Lac-au-Saumon : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Localisation du CHSLD
Matane	22 087	11	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Le CSSS a une mission de courte durée (CH), de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) Matane : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Siège social du CSSS ▪ Localisation du CH, du CLSC et du CHSLD ▪ Point de service de L'Estran, du CRDI, du CJ et d'une unité de réadaptation du CJ Baie-des-Sables : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Point de service du CLSC Les Méchins : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Point de service du CLSC
TOTAL	201 326	114	<ul style="list-style-type: none"> ♦ 6 centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ♦ 2 urgences de stabilisation (Trois-Pistoles et Pohénégamook) ♦ 15 sites de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ♦ 8 centres locaux de services communautaires (CLSC) totalisant 26 points de service ♦ 1 maison des naissances ♦ 1 centrale régionalisée Info-Santé/Info-Social ♦ 1 centre jeunesse (CJ) ayant 8 points de service en protection de la jeunesse et 7 unités de réadaptation ♦ 1 centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) et 10 points de service ♦ 1 centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) et 3 points de service ♦ 1 centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie (CRAT) et 10 points de service ♦ 2 unités de médecine familiale (UMF)

Présentation des réseaux locaux de services du Bas-Saint-Laurent						
Établissements et partenaires en santé et services sociaux						
Territoire	Budget brut final (en millions de dollars)	Personnel* (ETC)	Cliniques médicales**	GMF	Pharmacies	Organismes communautaires
Kamouraska	37,9	460	6	1	5	14
Rivière-du-Loup	85,7 (incluant le budget du CR L'Estran)	1 149	5	2	10	21
Témiscouata	32,7	414	6	1	8	17
Les Basques	14,6	212	1	1	3	8
Rimouski-Neigette	150,1	1 799	12	1	17	38
La Mitis	41,2 (incluant le budget du CR L'InterAction)	612	3	1	5	15
La Matapédia	33,8	427	3	1	5	14
Matane	41,9	533	5	1	5	13
Établissements régionaux	CJ : 28,8 CRDI : 30,3	CJ : 344 CRDI : 284				
Sous-total établissements	497,0					
Autres catégories	Transports ambulanciers : 19,2 Organismes communautaires : 16,6 GMF : 2,6 Technocentre régional : 1,9 Autres : 0,6					
TOTAL	537,9	6 234	41	9	58	140

* Source : Rapport financier annuel des établissements (AS-471), année 2010-2011, page 234 (ressources humaines de l'établissement).

** Peut inclure des points de service de GMF s'il y a lieu.



Chapitre 2 – Présentation de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

2.1 Mission, rôle et responsabilités

La mission ultime de l'Agence consiste à veiller au maintien et à l'amélioration de la santé et au bien-être de la population du Bas-Saint-Laurent et à lui assurer l'accès à des services de santé et des services sociaux adaptés à ses besoins, et ce, en collaboration avec les établissements, les organismes communautaires et les professionnels qui les dispensent.

À cet effet, la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) définit l'environnement du réseau de la santé et des services sociaux où les instances locales de gouverne de services de santé et de services sociaux doivent s'inscrire au sein d'un réseau régional dont la coordination est assurée par une instance régionale qu'est l'Agence.

Dans ce sens, l'Agence assume son **rôle de coordination**, particulièrement en matière d'organisation de services intégrés, de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

Pour ce faire, elle **doit exercer les responsabilités suivantes** (art. 340) :

- Assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services et assurer le respect de ses droits (comités des usagers, comités des résidents, conseils d'administration, information sur les services, droits, recours et obligations des usagers, mécanismes de mesures de satisfaction);
- S'assurer d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers;
- Exercer les responsabilités qui lui sont confiées par la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence;
- Développer des outils d'information et de gestion pour les établissements de la région et les adapter aux particularités de ceux-ci;
- Évaluer les résultats de la mise en œuvre de son plan stratégique et assurer la reddition de comptes de sa gestion en fonction des cibles nationales et régionales et en vertu

des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus;

- Gérer le service régional de conservation des dossiers des usagers incluant la gestion des profils d'accès et des consentements;
- Approuver les paramètres des services de santé et des services sociaux fixés par les établissements;
- Exercer, dans certaines circonstances prévues par la loi, un pouvoir de surveillance, d'enquête ou d'inspection;
- Exécuter tout mandat que le ministre lui confie.

L'Agence **doit aussi assumer des fonctions liées à six grands secteurs** :

- **La coordination des services** (art. 352 à 370) :
 - Assurer la coordination des activités médicales particulières des médecins ainsi que des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences privées d'hébergement, et favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu;
 - Assurer la coordination des services de la région avec ceux offerts dans les régions avoisinantes;
 - Promouvoir les activités susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être de la population et assurer la collaboration intersectorielle requise;
 - Déterminer les modalités générales d'accès aux différents services offerts par les établissements de la région et s'assurer que les mécanismes de référence et de coordination sont fonctionnels.

♦ **La gestion des ressources** (art. 376 à 385) :

- Élaborer les plans régionaux de planification de main-d'œuvre et le plan des effectifs médicaux de la région;
- S'assurer du regroupement de l'approvisionnement en commun;
- Assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition.

♦ **L'allocation des ressources** (art. 350-351) :

- Allouer les budgets destinés aux établissements;
- Accorder les subventions aux organismes communautaires;
- Assurer l'administration et le financement des dépenses d'immobilisations et d'équipements effectuées par les établissements publics de sa région à l'égard des travaux qu'elle autorise;
- Contrôler les budgets alloués et les subventions octroyées.

♦ **La santé publique** (art. 371 à 375) :

- Mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;
- Organiser les services et allouer les ressources pour l'application du Plan d'action régional en santé publique.

♦ **L'organisation des services** (art. 346.1 à 349) :

- Élaborer le plan stratégique pluriannuel et en assurer le suivi;
- Faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la région;
- Élaborer un programme d'accès aux services pour les personnes d'expression anglaise de la région;
- Soutenir les établissements dans l'organisation des services et intervenir auprès de ceux-ci pour favoriser la conclusion d'ententes de service visant à répondre aux besoins de la population.

♦ **Les priorités de santé et de bien-être**
(art. 346-346.0) :

- Veiller au respect des orientations nationales et des priorités en matière de santé et de bien-être;
- Constituer et tenir à jour un registre des résidences pour personnes âgées et délivrer la certification à l'exploitant d'une résidence pour personnes âgées.

2.2 Plan d'organisation, effectifs et organigramme

Le Plan d'organisation de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent a été adopté le 6 décembre 2006 par le conseil d'administration et peut être consulté sur le site Web de l'Agence à

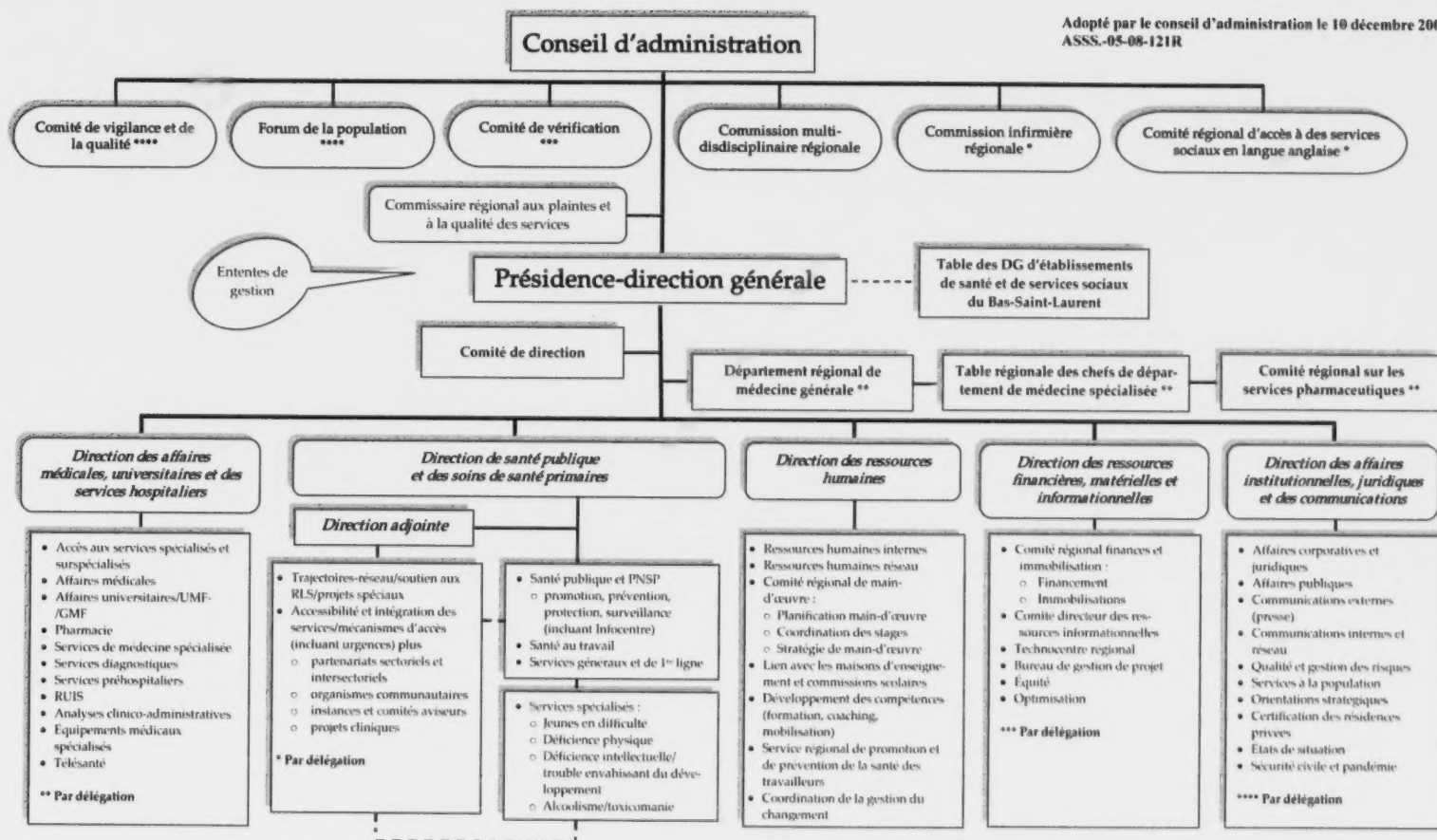
l'adresse www.agencesssbsl.gouv.qc.ca. Nous vous illustrons ici le tableau des effectifs de l'Agence ainsi que l'organigramme révisé par le conseil d'administration de l'Agence le 10 décembre 2008.

Les effectifs de l'Agence

En date du 31 mars 2011	2010-2011	2009-2010
<u>Les cadres</u>		
▪ Temps complet \longrightarrow (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	9,16	9,7
▪ Temps partiel \longrightarrow Nombre de personnes : équivalents temps complet ^(a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0,5	0,5
▪ Nombre de cadres en stabilité d'emploi \longrightarrow	0	0
<u>Les employés réguliers</u>		
▪ Temps complet \longrightarrow (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	74,73	75,68
▪ Temps partiel \longrightarrow Nombre de personnes : équivalents temps complet ^(a) (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	0	0
▪ Nombre d'employés en sécurité d'emploi \longrightarrow	0	0
<u>Les occasionnels</u>		
▪ Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	28 083	27 653
▪ Équivalents temps complet ^(b)	15,38	15,14

(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers :
Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par 1 575 heures
Nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi

(b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels :
Nombre d'heures rémunérées divisé par 1 826 heures



2.3 Conseil d'administration

Vacances en cours d'année

Au début de l'automne 2010, trois postes étaient vacants à la suite de la perte de qualité de certains membres. Ces postes seront finalement pourvus au printemps 2011, permettant la venue de deux nouvelles administratrices et d'un nouvel administrateur.

Les membres du conseil d'administration se sont réunis à sept reprises en séance ordinaire et à deux reprises par conférence téléphonique. La loi prévoit au moins six rencontres par année.

Composition (au 31 mars 2011)

Membres
M. Jean Desjardins MRC de Kamouraska
M. Daniel Dionne MRC de Rimouski-Neigette
M^{me} Suzan Fournier MRC de Rimouski-Neigette
M. Jean-Maurice Lechasseur (vice-président) MRC de La Mitis
M^{me} Deyna L'Heureux MRC de Rimouski-Neigette
M^{me} Danielle Marcoux MRC de La Matapédia
M. Jean-Paul Morin (président) MRC de Rimouski-Neigette
M. Émilien Nadeau MRC de Témiscouata
M. André Patry MRC de Rimouski-Neigette
M. Daniel Rioux MRC des Basques
M^{me} Nadine Rouleau MRC des Basques
M. Georges Roy MRC de La Mitis
M. Louis St-Pierre MRC de La Mitis
M^{me} Guylaine Vaillancourt MRC de Matane
M^{me} Lise Viens MRC de Kamouraska
Membre de l'Agence
M. Claude Lévesque Président-directeur général

Éthique des administrateurs

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent a été révisé et adopté par le conseil d'administration le 10 décembre 2008. Une copie intégrale de ce code est annexée au présent rapport.

Pour l'année 2010-2011, aucun manquement au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs n'a été signalé.

Activité spéciale en cours d'année

Au cours de la dernière année, les membres du conseil d'administration ont, de concert avec l'exécutif de la Conférence régionale des éluEs du Bas-Saint-Laurent (CRÉ), rédigé un mémoire qui a été présenté à la Commission de la santé et des services sociaux dans le cadre de l'étude du projet de loi n° 127. L'idée de présenter un mémoire avait été suggérée par les membres du conseil à la suite du dépôt, le 9 décembre dernier par le ministre de la Santé et des Services sociaux, le docteur Yves Bolduc, du projet de loi n° 127 : Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux.

Ce mémoire avance certaines modalités de concertation au niveau régional et local afin de créer une dynamique visant à soutenir l'exercice de la responsabilité populationnelle. Le mémoire est disponible en version électronique sur le site Web de l'Agence.

2.4 Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services

Mandat

- Le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services est responsable du respect des droits des personnes qui s'adressent à lui et du traitement diligent de leurs plaintes.
- Entre autres fonctions qu'il exerce de manière exclusive, il assure la promotion de l'indépendance de son rôle et la promotion du régime de traitement des plaintes pour la population de la région.
- Il dresse, au besoin et au moins une fois l'an, un bilan de ses activités auquel il intègre l'ensemble des rapports en cette matière produits par les établissements de la région. Ce rapport annuel est disponible en septembre, une fois adopté par les membres du conseil d'administration.
- Outre les mandats qui lui sont propres, il exerce un rôle de soutien au plan régional auprès des commissaires locaux des établissements.

Principales activités de l'année

- Participation en cours d'exercice financier à des activités des commissaires régionaux aux plaintes et à la qualité des services, à des rencontres de la Table ministérielle des commissaires régionaux aux plaintes et à la qualité des services relevant de la Direction de la qualité du ministère de la Santé et des Services sociaux et à une rencontre avec le Protecteur du citoyen.
- Participation aux activités du Comité sur l'harmonisation du traitement des plaintes visant les services préhospitaliers d'urgence.
- Communications, échanges et rencontres avec les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services des établissements de la région et avec le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes – Bas-Saint-Laurent.
- Présentation de rapports périodiques sur les activités du commissaire régional au Comité de vigilance et de la qualité ainsi qu'au conseil d'administration de l'Agence.

- Examen complété de 80 dossiers, soit :
 - 5 plaintes;
 - 23 interventions, dont 20 concernaient les résidences pour personnes âgées;
 - 40 demandes d'assistance;
 - 12 demandes de consultation.

Promotion et formation en regard des droits des usagers et du régime d'examen des plaintes

- Participation à une formation sur la recevabilité d'une plainte réunissant les commissaires aux plaintes et à la qualité des services des régions du Bas-Saint-Laurent et de la Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine.
- Poursuite de la diffusion des affiches promotionnelles et des dépliants sur le régime d'examen des plaintes auprès des différents organismes concernés et selon les demandes des citoyens.
- Par ailleurs, on retrouve sur le site Web de l'Agence, dans la section « Plaintes et droits des usagers », différents renseignements sur le régime d'examen des plaintes, dont :
 - Le Règlement sur la procédure d'examen des plaintes de l'Agence;
 - Les coordonnées :
 - des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services des établissements de la région;
 - des comités des usagers des établissements;
 - du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes – Bas-Saint-Laurent;
 - de PLAIDD-BF (Promotion, Lutte, Aide, Intervention, Défense, Droit – Bas du Fleuve);
 - du Protecteur du citoyen.

2.5 Comité de vigilance et de la qualité

Mandat

- Veiller à ce que l'Agence s'acquitte de ses responsabilités en matière de qualité des services et de respect des droits des usagers ou des autres utilisateurs de services concernant les personnes, organismes ou fonctions qui peuvent faire l'objet d'une plainte.
- Assurer le suivi des recommandations du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services ainsi que celles du Protecteur du citoyen, le cas échéant.

Composition (au 31 mars 2011)

Membres
M^{me} Guylaine Vaillancourt Membre du conseil d'administration
M^{me} Suzan Fournier Membre du conseil d'administration
M. André Patry Membre du conseil d'administration
M. Claude Lévesque Président-directeur général
M. Yvon Delage Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services
M. René Dumont Directeur des affaires institutionnelles, juridiques et des communications et personne-ressource en soutien aux travaux du comité

Principales activités de l'année

Au cours de l'année, le Comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à trois reprises. Outre la prise en compte des rapports du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services portant sur le régime d'examen des plaintes, le comité a été informé des sujets suivants :

- Le bilan des visites ministérielles d'appréciation de la qualité dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les ressources de type familial et les ressources intermédiaires de la région;
- Le suivi de la certification des résidences pour personnes âgées et de la proposition d'un cadre de référence à ce sujet.

2.6 Forum de la population

Mandat

- Assurer la mise en place des modes de consultation de la population sur les enjeux de santé et de bien-être;
- Formuler des recommandations au conseil d'administration sur les moyens à déployer pour améliorer la satisfaction de la population à l'égard des services.

Composition (au 31 mars 2011)

Membres
M^{me} Marie-Laure Bossé MRC de Témiscouata
M. Guy Dubé MRC de Rivière-du-Loup
M^{me} Madeleine Magnan MRC de Rivière-du-Loup
M. Jean-François Tremblay MRC de Rivière-du-Loup
M^{me} Marcelle Roussel MRC des Basques
M. Jacques Roy MRC des Basques
M^{me} Dorice Dubé MRC de Rimouski-Neigette
M. Hugues Langlois MRC de Rimouski-Neigette
M. Marcel Lebel, président MRC de Rimouski-Neigette
M^{me} Ghislaine Beaulieu MRC de La Mitis
M. Jean-Yves Thériault MRC de La Matapédia
M^{me} Françoise Tremblay MRC de La Matapédia
M^{me} Kathleen Bouffard MRC de Matane
M. Michel Côté MRC de Matane
Membre délégué par le PDG de l'Agence
M. René Dumont Directeur des affaires institutionnelles, juridiques et des communications

Principales activités de l'année

Au cours de l'année, le Forum de la population a tenu deux rencontres et une conférence téléphonique. Outre la rencontre de mai 2010 qui avait notamment comme objectif de formuler un avis à l'Agence sur la Planification stratégique régionale 2010-2015, les travaux du Forum ont été teintés des réflexions du ministère de la Santé et des Services sociaux relativement à la gouverne du réseau.

C'est ainsi que les membres du Forum ont été informés du contenu du projet de loi n° 127 : Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux, lors de son dépôt devant l'Assemblée nationale. Cependant, lors de la dernière rencontre du Forum, le projet de loi n'avait pas encore été adopté. Les membres ont alors été informés des travaux de l'Agence visant la mise à jour du Plan d'action régional en santé publique et ils ont eu l'occasion d'émettre certains commentaires et recommandations à ce sujet.

2.7 Comité de vérification

Mandat

Le Comité de vérification de l'Agence prend connaissance, entre autres, des résultats des vérifications externes et s'assure que des suites sont données aux recommandations. Il fait des recommandations au conseil d'administration concernant les états financiers et, s'il y a lieu, concernant les conventions comptables et tout autre rapport de vérification. Il est aussi à la disposition du vérificateur et lui vient en aide dans le cours de son mandat.

Composition (au 31 mars 2011)

Membres
M. Émilien Nadeau
M. Jean-Paul Morin
M ^{me} Lise Viens
M. Georges Roy Substitut
Membre délégué par le PDG de l'Agence
M. Daniel Lévesque Directeur des ressources financières, matérielles et informationnelles

Principales activités de l'année

Au cours de la dernière année, le Comité de vérification a tenu six rencontres et effectué les activités suivantes :

- Proposer des recommandations au conseil d'administration concernant le budget de fonctionnement de l'Agence.
- Assurer un suivi sur la réalisation du budget de fonctionnement de l'Agence.
- Effectuer le suivi de l'entente de gestion entre le MSSS et l'Agence de façon plus spécifique :
 - Prendre connaissance annuellement de l'entente de gestion intervenue entre le MSSS et l'Agence;

- Assurer le suivi de l'entente auprès du conseil d'administration;
- Prendre connaissance des résultats périodiques des indicateurs de l'entente de gestion et d'imputabilité 2010-2011.
- Assurer le suivi des travaux et des recommandations des vérificateurs externes :
 - Pour l'exercice financier 2009-2010, le Vérificateur avait recommandé « que l'Agence se dote d'un plan de relève informatique ». Le Comité de vérification suit les travaux amorcés par l'Agence et un état de situation sur les travaux lui sera présenté lors de la rencontre prévue au mois de mai 2011;
 - Lors de sa réunion de février 2011, le Comité de vérification a rencontré les vérificateurs externes afin de convenir de l'étendue des travaux et de l'échéancier prévu.
- Prendre connaissance de l'impact régional du projet de loi n° 100 :
 - Lors de sa rencontre du mois de mars 2011, le Comité de vérification a pris connaissance de l'impact du projet de loi n° 100 sur le réseau régional et a été en mesure d'apprécier :
 - La capacité du réseau régional à atteindre les objectifs fixés dans le projet de loi n° 100;
 - L'impact à la baisse sur la formation du personnel de l'application du projet de loi n° 100.
- Assurer un suivi aux subventions allouées aux organismes communautaires :
 - Lors des rencontres de juin 2010 et de mars 2011, le Comité de vérification a pris connaissance des mécanismes d'allocation budgétaire aux organismes communautaires et de reddition de comptes, ainsi que de la proposition de répartition des crédits.

2.8 Département régional de médecine générale

Mandat

- Faire des recommandations au président-directeur général (PDG) de l'Agence sur la planification des effectifs médicaux en omnipratique.
- Formuler des propositions et donner son avis sur la planification, l'organisation et l'accessibilité des services médicaux généraux.

Composition (au 31 mars 2011)

Membres élus
D^{re} Diane Comeau Chef du département MRC de Rimouski-Neigette (mandat 2009-2013)
D^{re} Josée-Mélanie Fortin MRC de Matane (mandat 2009-2013)
D^r Éric Paradis MRC de Rivière-du-Loup (mandat 2009-2013)
Membres cooptés
D^r Guildo Côté MRC de Témiscouata (mandat 2009-2011)
D^{re} Myriam Croteau MRC de Rimouski-Neigette (mandat 2009-2013)
D^r Jean Hudon MRC de Kamouraska (mandat 2009-2011)
D^{re} Isabelle Lang MRC de Rivière-du-Loup (mandat 2009-2011)
D^r Éric Lavoie MRC des Basques (mandat 2009-2013)
D^r Louis St-Pierre MRC de La Mitis (mandat 2009-2011)
D^{re} Jacynthe Vallée MRC de La Matapédia, adjointe au chef du DRMG (mandat 2009-2011)
Autres membres en provenance de l'Agence
M. Claude Lévesque président-directeur général (membre d'office)
D^r Jacques Levasseur Directeur des affaires médicales, universitaires et des services hospitaliers, médecin désigné par le PDG

Principales activités de l'année

Au cours de la dernière année, les membres ont siégé à neuf réunions ordinaires et à quatre rencontres extraordinaires. Au cours de ces rencontres, les membres ont :

- Émis les recommandations suivantes au Comité paritaire :
 - Nomination des coordonnatrices médicales des CSSS de Kamouraska et de Rivière-du-Loup;
 - Appui à la demande de dépannage conjointe des CSSS de Rimouski-Neigette et de La Mitis;
 - Recommandation pour la désignation des CSSS des Basques (urgence), de Témiscouata (Hôpital de Notre-Dame-du-Lac et CLSC de Pohénégamook, urgence), de Matane (urgence), de Rivière-du-Loup (urgence et hospitalisation) et de La Matapédia (urgence) à la lettre d'entente 149 : cette lettre a pour objet de compenser le temps de déplacement des médecins du Bas-Saint-Laurent qui acceptent, sur une base temporaire, d'offrir des services dans un autre établissement du Bas-Saint-Laurent en pénurie d'effectifs.
- Consolidé une cible de 88 % des besoins par territoire de MRC comme objectif minimal pour les effectifs médicaux en omnipratique, grâce à l'ajout de 10 postes autorisés au plan d'effectifs 2011.
- Désigné les territoires prioritaires pour les boursiers de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) en 2011 : CSSS des Basques, CSSS de Témiscouata, CSSS de Kamouraska et CSSS de La Matapédia.
- Adopté des critères d'attribution des primes d'installation aux omnipraticiens au Bas-Saint-Laurent.
- Finalisé l'exercice de détermination des besoins en omnipratique sur le territoire du Bas-Saint-Laurent.

- Émis les recommandations suivantes au PDG de l'Agence :
 - Que chaque GMF ait accès, via la compagnie Omnimed, aux données informatisées de leurs patients;
 - Que le GMF de Kamouraska et le GMF Boisé-Langevin soient accrédités par le MSSS.
- Donné leur avis concernant :
 - La Planification stratégique 2010-2015 de l'Agence;
 - Le Plan des ressources informationnelles de l'Agence;
 - Le projet de répertoire régional des activités diagnostiques et thérapeutiques;
 - Le projet d'informatisation des laboratoires sur le territoire du Bas-Saint-Laurent;
 - La circulation de l'information clinique;
 - Les laboratoires-TD-Synergie;
 - Le projet de psychiatre répondant;
 - Les PREM en spécialité 2011-2015;
 - Le mécanisme d'accès régional en dépendances et trajectoires;
 - La douleur chronique;
 - L'état de situation du Centre jeunesse.
- Accueilli différents invités et échangé sur différents dossiers :
 - Madame Céline Libero : Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21 et procréation assistée;
 - Docteur Jacques Ricard, MSSS, et les coordonnateurs médicaux locaux de chaque CSSS : rôles des coordonnateurs, la fonction du guichet d'accès pour la clientèle orpheline, outil SIGACO et partage d'actions médicales en 1^{re} et 2^e lignes;
 - Madame Sylvie Hains, membre de la direction des soins de santé au MSSS : infirmières praticiennes spécialisées;
 - Équipe du CSSS de Rimouski-Neigette : projet Accueil clinique.
- Participé aux comités de travail en cours et à venir :
 - Révision des besoins en effectifs médicaux (omnipratique) pour le volet enseignement;
 - Partage de services médicaux entre les CSSS de Rivière-du-Loup et des Basques.
- Participé à l'évaluation de l'implantation du plan d'action en santé mentale avec madame Maria Fortin. Un membre a participé à cette évaluation avec les représentants du MSSS.
- Discuté et suivi différents dossiers :
 - Informatique médicale;
 - Centre affilié universitaire régional (CAUR).
- Assuré le respect de l'engagement des médecins à l'entente ayant pour objet l'adhésion des médecins aux activités médicales particulières (AMP) en donnant suite aux nouvelles demandes ainsi qu'aux demandes de renouvellement ou de modification de l'adhésion. Les membres ont également assuré une vérification périodique de la conformité de l'adhésion des médecins. Une mise à jour annuelle des AMP (obligation de certains médecins d'offrir des services cliniques en centre d'hébergement, dans les urgences ou en hospitalisation) disponibles sur le territoire a aussi été effectuée.

2.9 Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée

Mandat

- Faire des recommandations au président-directeur général de l'Agence sur la planification des effectifs médicaux spécialisés.
- Formuler des propositions et donner son avis sur la planification et la dispensation des services médicaux spécialisés.

Composition (au 31 mars 2011)

Membres élus	
D^r Daniel Dionne	Président
D^{re} Sabrina Selmani	
D^{re} Jocelyne Synnott	
Membres cooptés	
D^r Joffre-Claude Allard	
D^r Jean-François D'Amours	
D^r Jean-François de la Sablonnière	
D^r Mircea Ghinea	
D^r Omar Hasan	
D^r Jean-François Landry	Vice-président
D^{re} Diane Plourde	
Autres membres en provenance de l'Agence	
M. Claude Lévesque	Président-directeur général, membre d'office
D^r Jacques Levasseur	Directeur des affaires médicales, universitaires et des services hospitaliers, médecin spécialiste désigné par le PDG jusqu'au 31 décembre 2010
D^r Michel Y. Pellelier	Médecin-conseil, invité permanent, médecin désigné par le PDG depuis le 1 ^{er} janvier 2011
Membres observateurs	
D^r Claude Dufour	
D^r Patrick Nadeau	

Principales activités de l'année

- Six réunions ont eu lieu en cours d'année, dont une réunion conjointe avec le Département régional de médecine générale (DRMG); les membres se sont réunis en alternance à Rimouski et à Rivière-du-Loup.
- Deux représentants de la Table ont participé au comité conjoint avec un représentant des directeurs des services professionnels des CSSS pour développer le plan régional quinquennal des effectifs médicaux spécialisés.
- Production d'un avis sur le Plan régional des effectifs médicaux spécialisés (PREM) pour l'année 2011 et d'une version quinquennale (2011-2015).
- Préparation du portfolio des CSSS précisant leur mission générale et leur niveau d'intervention.
- Participation à des comités conjoints (Table des chefs – DRMG – Comité régional sur les services pharmaceutiques) sur le suivi de la clientèle anticoagulée et sur le projet de bilan comparatif du médicament.
- Production d'une résolution pour appuyer la désignation de deux centres hospitaliers de la région, soit ceux de Rivière-du-Loup et de Rimouski, pour implanter la chirurgie bariatrique.

La Table des chefs a de plus conseillé la permanence de l'Agence sur l'implantation du programme de dépistage de la trisomie 21, le développement régional du programme ministériel de procréation médicalement assistée et le maintien de l'autonomie régionale des services d'imagerie médicale concernant les ruptures de services appréhendées au CSSS de Matane.

2.10 Comité régional sur les services pharmaceutiques

Mandat

Dans la perspective de soutenir l'organisation des services pharmaceutiques et la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, le Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) exerce, sous l'autorité du président-directeur général, les responsabilités suivantes :

- Faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre.
- Donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments.
- Donner son avis sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques.
- Exécuter tout autre mandat que lui confie le président-directeur général.

Composition (au 31 mars 2011)

Membres élus
M^{me} Marlène Collard, présidente Pharmacienne-propriétaire, Kamouraska (mandat 2009-2012)
M. James Hill Pharmacien salarié en établissement, CSSS de Rimouski-Neigette (mandat 2009-2012)
M^{me} Geneviève Patry Pharmacienne-propriétaire, Rimouski (mandat 2009-2012)
Membres cooptés
M^{me} Amélie Boudreau Pharmacienne salariée en communauté, Rivière-du-Loup (mandat 2010-2013)
M^{me} Marie-Ève Caron Pharmacienne-propriétaire, Matane (mandat 2009-2011)
M^{me} Cynthia Paradis Pharmacienne-chef en établissement, CSSS de La Mitis (mandat 2010-2013)
M. Stéphane Plante Pharmacien-propriétaire, Rimouski (mandat 2009-2011)

Autres membres en provenance de l'Agence
M. Claude Lévesque Président-directeur général (membre d'office)
M^{me} Marie-Josée Papillon Membre désignée par le PDG, pharmacienne-propriétaire, Rimouski
D^{re} Diane Albert Membre invitée, répondante pour les services pharmaceutiques à l'Agence du BSL

Principales activités de l'année

Au cours de la dernière année, le CRSP a tenu cinq réunions et les membres ont :

- Donné leur avis concernant la Planification stratégique 2010-2015 de l'Agence ainsi que le Plan des ressources informationnelles de l'Agence.
- Révisé le règlement concernant la composition, la durée du mandat, les modalités d'élection et de nomination du CRSP, ainsi que le règlement de régie interne. Le CRSP a recommandé un projet de modification de ces règlements au conseil d'administration de l'Agence.
- Revu les outils de bilan comparatif du médicament (BCM) et proposé des suggestions pour implanter le BCM au Bas-Saint-Laurent.
- Encouragé les CSSS à concevoir un projet de suivi d'anticoagulothérapie par les pharmaciens communautaires pour les patients à domicile. Le sujet a été discuté avec les directeurs des services professionnels (DSP) du Bas-Saint-Laurent. Un modèle d'organisation des soins et services pharmaceutiques et des protocoles ont été partagés aux DSP et pharmaciens-chefs.
- Élaboré des projets d'ordonnances collectives régionales sur les sujets suivants :
 - Initiation d'acide folique et de multivitamines avant et pendant la grossesse;
 - Initiation de la vitamine D chez le bébé allaité.

- Retenu les sujets suivants comme projets d'ordonnances collectives à venir :
 - Ajustement de la Metformine;
 - Supplément de vitamine D et calcium chez les personnes de 50 ans et plus.
- Effectué un rappel, en collaboration avec le Département régional de médecine général (DRMG) et la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (TRCDMS), à tous les omnipraticiens et chefs de départements de médecine spécialisée concernant la clarté des prescriptions. Un projet similaire a été élaboré concernant les narcotiques et médicaments contrôlés.
- Accueilli D^{re} France Raby et M. James Hill pour discuter du projet en cours en CHSLD et GMF pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.
- Publié un premier bulletin CRSP à tous les pharmaciens du BSL.
- Délégué un membre pour participer à une rencontre CRSP-OPQ à Montréal.

2.11 Commission infirmière régionale

Mandat

- Donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins et services sur le territoire ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre.
- Donner son avis sur les approches novatrices en santé et leurs incidences.

Composition (au 31 mars 2011)

Membres
M^{me} Martine Breton CSSS de Témiscouata
M^{me} Martine Dubé CSSS de La Mitis
M. Normand Lavoie Ordre régional des infirmières et infirmiers (ORII)
M^{me} Deyna L'Heureux Cégep de Rimouski
M^{me} Esther Otis Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
M^{me} Isabelle Ouellet CSSS de Matane
M^{me} Nicole Ouellet Université du Québec à Rimouski (UQAR)
M^{me} Jocelyne Paradis CSSS de Kamouraska
M^{me} Josette Philippe CSSS de Témiscouata
M^{me} Line Ruest CSSS de Témiscouata
M^{me} Georgette Tremblay CSSS des Basques

Principales activités de l'année

Au cours de l'année, trois rencontres conjointes avec la Commission multidisciplinaire régionale (CMuR) ont eu lieu sur les sujets suivants :

- La Planification stratégique 2010-2015 de l'Agence;
- La Planification stratégique des ressources informationnelles 2010-2015 de l'Agence;
- L'interdisciplinarité dans le dossier des maladies chroniques;
- Le Consortium InterEst Santé formé de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), de l'Université du Québec à Rimouski (UQAR) et des agences du Bas-Saint-Laurent, de la Côte-Nord et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine;
- L'état de situation de la main-d'œuvre régionale et des différents dossiers liés à la planification de la main-d'œuvre;
- Une présentation du rapport d'appréciation du Commissaire à la santé sur la performance du système de santé et de services sociaux 2010;
- Le bilan du Plan d'action en santé mentale;
- Le mécanisme d'accès en dépendance;
- Le programme maladies chroniques et personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV);
- L'interprétariat pour les personnes vivant un problème de surdité.

2.12 Commission multidisciplinaire régionale

Mandat

- Donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins et services sur le territoire ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre.
- Donner son avis sur les approches novatrices en santé et leurs incidences.

Composition (au 31 mars 2011)

Membres
M^{me} Ève Bélanger UQAR
M^{me} Denise Dufour Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent
M. René Dumont Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
M. Patrick Legoupil CSSS de La Matapédia
M^{me} Claire Michaud CRDI du Bas-Saint-Laurent
M^{me} Claire Page UQAR
M^{me} Hélène Rhéaume Cégep de Rimouski
M^{me} Nadine Rouleau CSSS de Rivière-du-Loup
M^{me} Lise Ross, présidente CSSS de Matane
M^{me} Johanne Thérberge CSSS de Rimouski-Neigette
M^{me} Lise Verreault CSSS de Kamouraska

Principales activités de l'année

Au cours de l'année, quatre rencontres conjointes avec la Commission infirmière régionale (CIR) ont eu lieu sur les sujets suivants :

- La Planification stratégique 2010-2015 de l'Agence;
- La Planification stratégique des ressources informationnelles 2010-2015 de l'Agence;
- L'interdisciplinarité dans le dossier des maladies chroniques;
- Le Consortium InterEst Santé formé de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), de l'Université du Québec à Rimouski (UQAR) et des agences du Bas-Saint-Laurent, de la Côte-Nord et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine;
- L'état de situation de la main-d'œuvre régionale et des différents dossiers liés à la planification de la main-d'œuvre;
- Une présentation du rapport d'appréciation du Commissaire à la santé sur la performance du système de santé et de services sociaux 2010;
- Le bilan du Plan d'action en santé mentale;
- Le mécanisme d'accès en dépendance;
- Le programme maladies chroniques et PPALV;
- L'interprétariat pour les personnes vivant un problème de surdité.

2.13 Comité aviseur sur les conditions de vie des femmes

Mandat

- Conseiller, donner son avis ou, de façon occasionnelle, collaborer à la conception et au développement de divers programmes, projets ou dossiers pouvant influencer l'état de santé et de bien-être des femmes.
- Agir sur toute autre question pouvant avoir une incidence sur les conditions de santé des femmes.

Composition (au 31 mars 2011)

Le comité est composé de femmes désignées par la Table de concertation des groupes de femmes du Bas-Saint-Laurent (TCGFBSL), la répondante régionale du Conseil du statut de la femme et de la répondante à la santé des femmes à l'Agence.

Membres
Mme Suzelle Lambert , présidente TCGFBSL
Mme Linda Bérubé CALACS de Rimouski
Mme Sylvie Bouchard Conseil du statut de la femme
Mme Judith Dionne Centre-Femmes La Passerelle du Kamouraska
Mme Isabelle Gallant Centre Femmes de La Mitis
Mme Solange Lévesque Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Les faits saillants

Au cours de la dernière année, les membres du comité se sont réunis à quatre reprises. Dans le cadre de leur plan d'action, des activités ont été réalisées en regard du maintien de la vigilance pour s'assurer de la spécificité des femmes au sein du réseau de la

santé et des services sociaux, tant au niveau local que régional. En ce sens, l'Agence a diffusé l'Avis sur une approche spécifique de la santé des femmes, déposé au conseil d'administration en décembre 2009. De plus, un outil d'animation et de formation a été développé par la TCGFBSL et a été offert dans cinq endroits au Bas-Saint-Laurent afin de former des multiplicatrices de différents milieux pour accompagner les femmes dans une démarche d'autonomisation face à leur santé.

Les membres du comité ont aussi travaillé sur le choix du thème du prochain avis. À cet effet, un sondage a été effectué auprès de la TCGFBSL. Le thème retenu est « La santé mentale des aînées et la surmédication ». Les travaux de recherche sont amorcés en vue de la rédaction de ce prochain avis.

La TCGFBSL a aussi produit un outil de réflexion sous forme de recueil de textes destinés aux différents groupes de femmes en vue d'une prise de position sur la prostitution.

2.14 Comité régional d'accès aux services de santé et de services sociaux en langue anglaise

Mandat

Le comité est responsable, envers le président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, de donner son avis sur :

- Le Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise élaboré conformément à l'article 348 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS);
- Les modifications à apporter au programme à la suite de l'évaluation qu'il en fait;
- Toute situation où l'application du programme peut soulever certaines problématiques en regard de la coordination de l'ensemble des services ou du respect des droits des personnes d'expression anglaise relativement à ces services.

L'article 348 de la loi stipule que les agences doivent, en collaboration avec les établissements de leur territoire, élaborer un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de leur région. Ce programme doit être approuvé et révisé tous les trois ans.

Situation régionale

Population anglophone

Selon les données de Statistique Canada, la population anglophone estimée pour le Bas-Saint-Laurent est de 1 328 personnes, soit 0,66 % de la population (une augmentation de 7 % depuis 2001, alors que la population du Bas-Saint-Laurent est restée stable). La majorité des personnes d'expression anglaise se trouve dans les MRC de Rimouski-Neigette (395), de La Mitis (215), de Rivière-du-Loup (173), de Matane (170), de Témiscouata (155) et de Kamouraska (108).

Centres désignés

Aucun établissement n'a été officiellement désigné au Bas-Saint-Laurent par le législateur. Toutefois, le Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise élaboré par l'Agence, en collaboration avec le Comité régional et les établissements concernés, a ciblé deux établissements « indiqués » pour desservir la population anglophone de la région du Bas-Saint-Laurent. Il s'agit du Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette ainsi que du Centre de santé et de services sociaux de La Mitis.

Composition

- ♦ Le Comité régional d'accès aux services de santé et de services sociaux en langue anglaise est composé de six personnes :
 - Deux représentantes de la communauté anglophone de Métis-sur-Mer;
 - Une représentante de Heritage Lower Saint-Lawrence, un organisme communautaire dont le mandat couvre l'ensemble de la communauté anglophone du Bas-Saint-Laurent;
 - Une représentante du Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette;
 - Une représentante du Centre de santé et de services sociaux de La Mitis;
 - La coordonnatrice pour le Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise à l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.
- ♦ La présidente est M^{me} Kathy Dodson, représentante de la communauté anglophone de Métis-sur-Mer.

Principales activités de l'année

- ♦ Des activités visant à consolider les services en langue anglaise (formation du personnel en collaboration avec l'Université McGill) se sont poursuivies.
- ♦ La première année du projet « Liaison Communauté Phase II », projet qui vise à établir les liaisons nécessaires entre la communauté d'expression anglaise et les établissements du réseau, a permis de réaliser un état de la situation des demandes en langue anglaise dans les CSSS du BSL, de sensibiliser les établissements du BSL à l'accès aux services en anglais et s'assurer que certaines mesures étaient mises en place, dans chacun des CSSS, pour favoriser l'accès aux services en anglais, de dresser un état de la situation et de la satisfaction de la clientèle anglophone des régions de la Côte-Nord et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, et finalement, de promouvoir, auprès de la clientèle anglophone, les services offerts en anglais au BSL.
- ♦ Mise à jour du programme d'accès. Le programme d'accès actuellement en vigueur a été approuvé par décret gouvernemental, en janvier 2009. Il doit donc être révisé d'ici janvier 2012.
- ♦ Traduction de divers documents de l'Agence et des CSSS. De plus, la traduction d'une partie du site Web de l'Agence a été entreprise. Le tout sera possiblement en ligne à l'automne 2011.

2.15 Responsabilités de l'Agence en matière de sécurité civile

Lorsque survient un sinistre, le réseau de la santé et des services sociaux a la responsabilité d'offrir les services aux personnes sinistrées comme prévu au Plan national de sécurité civile. Il s'agit des soins de santé, des services psychosociaux et de la santé publique; le tout, soutenu par les volets maintien des services essentiels et communications. L'Agence assure la coordination régionale de l'événement en regard de la mission santé, collabore aux travaux de l'Organisation régionale de sécurité civile (ORSC) et apporte le soutien nécessaire aux établissements touchés par le sinistre.

Au cours de l'année, l'Agence s'est dotée d'une application informatique qui permet aux cadres qui assument la garde dans ce secteur de mieux jouer leurs rôles en la matière. À cette fin, les procédures opérationnelles ont été revues (processus de préalerte et d'alerte, sinistres de niveau local et régional).

Par ailleurs, l'Agence a participé à un exercice de simulation d'écrasement d'avion à l'Aéroport de Mont-Joli. Pour l'occasion, des services préhospitaliers d'urgence ont été déployés et la participation du CSSS de La Mitis et du CSSS de Rimouski-Neigette a été requise, respectivement pour les effectifs psychosociaux et pour la réception massive de blessés à l'urgence, comme prévu au « code orange ». Cet exercice visait à vérifier le processus de mise en alerte, à faire connaître notre capacité à déployer les services appropriés et à concerter nos interventions avec les partenaires impliqués.

L'Agence a également préparé une formation destinée aux gestionnaires des établissements en matière de sécurité civile et de mesures d'urgence. Un premier établissement en a bénéficié et d'autres devraient s'en prévaloir au cours des prochaines années.

Grandes marées

Le 6 décembre 2010, une grande marée a déferlé sur les berges du Saint-Laurent,

causant des dommages matériels importants. Des centaines de résidences, de chalets, de routes et de nombreuses infrastructures municipales ont été endommagés. Plusieurs personnes ont été évacuées, dont certaines qui ne pouvaient plus réintégrer leur domicile. Heureusement, aucune perte de vie ni blessure n'a été déplorée.

Au moment de l'impact, sous la gouverne de l'Organisation régionale de sécurité civile, l'Agence a participé au processus de coordination des interventions. Les CSSS concernés ont apporté le soutien psychosocial requis. Considérant que ce sont les secteurs de Sainte-Luce et de Sainte-Flavie qui ont été les plus touchés, le CSSS de La Mitis a été particulièrement actif.

Dans les mois qui ont suivi, le CSSS de La Mitis a adapté ses services psychosociaux afin de répondre aux besoins des personnes sinistrées. Des intervenants ont participé aux assemblées d'information et ont contacté les personnes les plus touchées pour les soutenir et les informer des services disponibles. Plusieurs suivis ont été effectués au plan psychosocial.

L'Agence a offert l'appui et les conseils appropriés et a participé au Comité régional de rétablissement (CRR) mis en place par l'ORSC. Le CRR regroupe les principaux ministères et organismes gouvernementaux impliqués dans le processus de rétablissement et de reconstruction. Il est question de la démolition ou de la délocalisation de plusieurs dizaines de résidences.

L'objectif est de soutenir les communautés sinistrées, de favoriser un retour à une vie plus sécuritaire et de restaurer le bien-être de la population. Considérant les impacts de ce sinistre, nous prévoyons que le CSSS devra demeurer actif à cet égard pendant plusieurs mois, voire des années.

Dans le souci de maintenir le niveau de préparation des intervenants, nous devrions, au cours de la prochaine année, tenir de nouvelles sessions de formation sur l'intervention psychosociale en contexte de sinistre ou de tragédie majeure.

Chapitre 3 – Faits saillants de l'année

Cette section présente les principales actions menées au cours de la dernière année en regard de la Planification stratégique 2010-2015 adoptée par le conseil d'administration de l'Agence le 16 juin 2010. Par la présentation

de ces actions, l'Agence veut témoigner des résultats obtenus en cours d'année en regard des objectifs qu'elle s'est fixés.

3.1 L'action concertée sur les déterminants de la santé et du bien-être

3.1.1 La santé dentaire publique

L'application des agents de scellements dentaires prévue dans le Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012 auprès des enfants le plus à risque de développer la carie dentaire a été réalisée par les hygiénistes dentaires de tous les CSSS de la région. Cette mesure préventive est reconnue la plus efficace pour prévenir la carie dentaire des fosses et des sillons, où plus de 80 % des caries

dentaires se développent en dentition permanente. Ainsi, 910 enfants ont été rejoints, ce qui permet de protéger 5760 surfaces dentaires contre la carie dentaire. Cette mesure préventive n'étant pas défrayée par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), les parents de la région auraient eu à payer pour que leurs enfants bénéficient de cette mesure préventive.

3.1.2 Les services pour les jeunes et leur famille

À la demande des gestionnaires, nous avons amorcé des travaux visant une meilleure compréhension et un partage d'expériences-terrains en regard du continuum de services pour les jeunes et leur famille, allant de la promotion-prévention à la réadaptation. Le chantier jeunesse couvre principalement les programmes-services de santé publique, des services généraux et des jeunes en difficulté. Les travaux sur l'équité régionale servent de plateforme aux échanges (cinq rencontres de travail ont eu lieu au cours de l'année financière). Cette tribune de coordination de services s'inscrit dans les travaux du projet clinique Jeunes.

Politique de périnatalité

Dans le cadre de la mise en œuvre de la Politique de Périnatalité 2008-2018, l'Agence soutient et accompagne les intervenants travaillant en périnatalité et plus spécifiquement dans les services de maternité de la région,

dans le développement des compétences nécessaires pour :

- Soutenir le processus naturel de l'accouchement;
- Favoriser des moyens autres que médicaux et pharmaceutiques en regard du soulagement de la douleur chez la femme.

À cet égard, une formation a été donnée localement dans les CSSS de la région par une formatrice reconnue de la Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada, à laquelle les médecins accoucheurs et les sages-femmes ont été conviés. Afin d'augmenter la portée de cette formation, le contenu des rencontres prénatales, les plans d'orientation des nouveaux employés et l'intégration des nouvelles connaissances dans les pratiques de soins ont été soutenus par les milieux par la suite.

Comme par les années passées, l'Agence travaille avec les CSSS de son territoire à l'implantation de l'Initiative des Amis des bébés (IAB). Le MSSS donne priorité à cette stratégie pour modifier les pratiques de soins et permettre aux établissements de mieux protéger, soutenir et promouvoir l'allaitement. Afin de favoriser l'implantation de ce programme, du soutien clinique et de la formation continue ont été offerts aux professionnels et aux intervenants du réseau.

Le CSSS du Kamouraska a été officiellement certifié établissement « Ami des bébés », devenant ainsi le troisième CSSS au Québec possédant un service de maternité à détenir ce titre pour l'ensemble de ces missions. Cette reconnaissance internationale confirme l'excellence de l'approche et de la qualité des services dispensés par l'équipe de périnatalité. Elle vient aussi témoigner de l'engagement de cette équipe envers l'importance de l'allaitement maternel et le développement d'un lien étroit mère-enfant. Notons que la Maison des naissances Colette-Julien à La Mitis est également certifiée dans le cadre de cette approche.

Les activités de promotion et de prévention en milieu scolaire

Dans le cadre de l'approche « École en santé », le volet de l'éducation à la sexualité a fait l'objet d'une nouvelle proposition formelle de collaboration de la part de l'Agence aux deux des quatre commissions scolaires de la région qui n'avaient pas encore signifié leur intérêt à cette offre. Celle-ci se traduit par la disponibilité d'une ressource en sexologie, dont les coûts sont assumés conjointement par l'Agence et la commission scolaire qui accepte cette proposition. La commission scolaire des Phares s'ajoute aux commissions scolaires de l'ouest du territoire afin d'actualiser cette initiative. Cette nouvelle ressource a pour mandat principal d'assurer l'intégration du contenu en matière d'éducation à la sexualité dans les domaines généraux de formation et ainsi soutenir les enseignants et le personnel du réseau de la santé et des services sociaux. Ce partenariat contribue à l'atteinte des objectifs de santé publique qu'est notamment la prévention des grossesses à l'adolescence, des infections

transmises sexuellement et par le sang (ITSS), et des agressions sexuelles.

La Direction de santé publique et des soins de santé primaire coordonne, en collaboration avec Québec en forme, le Comité régional COSMOSS en matière de saines habitudes de vie. Ce comité a pour mandat de soutenir l'actualisation du *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids — Investir pour l'avenir 2006-2012 (PAG)*. De plus, il est responsable de l'analyse des demandes de soutien déposées à Québec en Forme des regroupements locaux œuvrant en saines habitudes de vie.

Le comité des saines habitudes de vie est composé de plusieurs organisations (MSSS, MELS, MAPAQ, MAMROT, RESPEQ, URLS, KINO, MTQ, Avenir d'enfants, Québec en Forme, RSEQ) travaillant ensemble pour stimuler les arrimages en vue d'une meilleure complémentarité des actions. Le but recherché est de favoriser l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie chez les jeunes au Bas-Saint-Laurent. À cet égard, huit priorités régionales ont été identifiées :

- Assurer l'accès à des aliments sains pour les populations défavorisées économiquement;
- Assurer le suivi de la politique-cadre « Virage santé » dans les établissements scolaires;
- Inciter les municipalités à inclure la préoccupation des saines habitudes de vie dans les différentes politiques et contrats de service;
- Assurer, dans les établissements de santé, l'implantation d'une politique alimentaire incluant l'alimentation des nourrissons et la promotion de l'allaitement;
- Augmenter la participation des élèves à des activités physiques et sportives;
- Encourager l'aménagement, l'animation et l'embellissement de cours d'école;
- Soutenir les municipalités dans l'aménagement de trajets sécuritaires favorisant les déplacements actifs;
- Encourager les milieux de travail à adopter une philosophie et des mesures qui favorisent un mode de vie physiquement actif.

C'est dans cette perspective de soutien aux actions locales que des outils ont été développés et diffusés :

- Une cartographie des territoires concernant des données sur l'offre alimentaire;
- Des cartographies des écoles secondaires avec les restaurants à proximité (distance de marche);
- La Vision de la saine alimentation qui soutiendra le choix d'actions, tant locales, régionales que nationales, pour la création d'environnements favorables à la santé;
- Un tableau disponible sur le site Web de l'Agence permettant de faire un portrait des écoles actives avec des partenaires en saines habitudes de vie.

Les services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité et la sécurité alimentaire

Dans le cadre de la création d'environnements favorables des SIPPE, des projets concertés en sécurité alimentaire visant les familles ayant de jeunes enfants ont permis de rejoindre plus de 200 familles démunies lors d'activités de cuisines collectives, de purées de bébé, de jardins collectifs ou d'ateliers sur la saine alimentation.

3.1.3 Les activités de prévention du suicide

Guides de bonnes pratiques en prévention du suicide

En septembre 2010, le MSSS et ses partenaires lançaient officiellement deux guides de bonnes pratiques en prévention du suicide, l'un destiné aux gestionnaires et l'autre aux intervenants concernés des réseaux locaux de services. Ces guides visent à renforcer la prévention du suicide par l'amélioration des pratiques cliniques et des pratiques de gestion en ce domaine.

Pour une meilleure appropriation de ces guides au plan national, un projet d'implantation a été défini par le MSSS. À cet égard, à partir de critères retenus par ce

Par ailleurs, le dossier de la sécurité alimentaire s'enracine de plus en plus dans le *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 — Investir pour l'Avenir* (PAG). Depuis l'automne 2010, la structure de COSMOSS et du comité des saines habitudes de vie a facilité la constitution d'un nouveau comité régional de travail en sécurité alimentaire. Celui-ci s'inscrit dans la visée d'un accès à une saine alimentation pour tous.

Dans ce cadre, une cartographie de l'offre alimentaire par MRC et autour des écoles secondaires a été réalisée. Le comité s'assure aussi de faire connaître la *Vision de la saine alimentation pour la création d'environnements favorables à la santé*.

Finalement, avec le soutien de la Direction régionale Bas-Saint-Laurent du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, une troisième session de formation a été offerte aux organismes communautaires en hygiène et salubrité en contexte d'aide alimentaire. Depuis 2 ans, un total de 36 personnes et 22 organismes ont pu en bénéficier.

dernier, le Bas-Saint-Laurent a été ciblé parmi les régions pilotes pour entreprendre la démarche d'implantation. Cette dernière est planifiée au printemps 2011. Outre les rencontres dans chaque territoire de réseau local, une nouvelle formation sera offerte à l'ensemble des intervenants intersectoriels dès l'automne 2011 et portera principalement sur la nouvelle grille d'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire.

Suivi étroit pour les personnes à potentiel suicidaire élevé

Les huit centres de santé et de services sociaux offrent un service de suivi étroit et intégré pour les personnes à potentiel

suicidaire élevé dans leur territoire respectif. Durant l'année financière, ce service a fait l'objet d'évaluation dans le but de connaître les conditions d'implantation qui prévalent dans chacun des territoires des CSSS et de faire ressortir les conditions de succès et les contraintes rencontrées.

Différents enjeux ont été dégagés de cette évaluation concernant des gestionnaires, des intervenants et des médecins. Ces enjeux seront pris en compte par l'identification d'actions qui permettront d'améliorer la réponse aux besoins de la clientèle visée et de rejoindre les personnes qui ne sont pas enclines à aller chercher de l'aide nécessaire.

Congrès national en prévention du suicide tenu dans la région du Bas-Saint-Laurent

Du 26 au 29 octobre 2010, le Bas-Saint-Laurent était l'hôte du congrès de l'Association québécoise de prévention du suicide. Dans le cadre de cet événement national dont le thème était « 30 ans de progrès... défis de l'avenir », la région a pu s'illustrer en faisant part des différentes stratégies ayant permis d'innover dans l'offre de service à la population et de diminuer le suicide.

Parmi les projets menés pour réduire le suicide, il y a, entre autres :

- La mobilisation continue des principaux acteurs interpellés par la question du suicide et sa prévention;
- Le choix d'actions pour réduire la consommation inappropriée de médicaments psychotropes par différentes clientèles;
- La poursuite du programme visant à favoriser le désistement des armes à feu. Ce dernier a permis de recueillir plus de 75 armes à feu en cours d'année, pour un total de 544 depuis son lancement en 2006;
- La distribution de verrous de pontet par l'intermédiaire des municipalités. Depuis son implantation en 2008, plus de 1 700 verrous de pontet ont été distribués à la population;
- La promotion continue pour la création de réseaux de sentinelles par les deux centres de prévention du suicide de la région soutenus par les huit CSSS. La région compte sur 1 579 sentinelles formées et provenant de différents secteurs d'activité. Les deux centres de prévention du suicide reçoivent un financement de l'Agence pour actualiser ce mandat.

3.1.4 Les activités de promotion-prévention des maladies chroniques

En promotion-prévention, l'Agence a soutenu la réalisation des campagnes promotionnelles pour la lutte contre le tabagisme. Dans ce cadre, nous avons enregistré 563 inscriptions de fumeurs au *Défi J'arrête, j'y gagne!* en 2011.

La Journée Nationale du Sport et de l'Activité physique a eu lieu le 6 mai 2010. Lors de cette journée, deux activités médiatisées de séance cardio vélo ont eu lieu au Club Santé 2000 de Rimouski et à la salle de conditionnement physique de Rivière-du-Loup. De plus, une somme de 9 000 \$ a été remise à 14 municipalités pour la réalisation d'activités de sensibilisation à un mode de vie physiquement actif.

Dans le cadre de la campagne *Plaisirs d'hiver*, 38 municipalités, dont 13 ont été financées, et 43 écoles ont fait la promotion d'activités hivernales afin de mieux faire connaître leurs infrastructures extérieures. Une nouveauté cette année : 29 paires de raquettes ont été remises à la Commission scolaire Kamouraska-Rivière-du-Loup dans le cadre d'un projet pilote. La commission scolaire s'engageait à prêter ces raquettes aux organismes communautaires afin qu'ils puissent offrir des activités de plein air.

Enfin, le concours *Défi Santé 5/30 Équilibre* a permis de recueillir 4 727 inscriptions en 2011. Au total, 15 municipalités du Bas-Saint-Laurent se sont inscrites à *Municipalités et familles*,

ensemble pour des enfants en santé, en association avec le Défi Santé.

La campagne régionale *Défi Transport actif* présentait également une nouveauté qui permettait à des organisations de s'inscrire par groupes. Résultat : 24 groupes ont répondu à l'appel et 851 personnes ont choisi de troquer la voiture pour la marche ou le vélo dans leurs déplacements quotidiens.

Une journée de formation portant sur la promotion des saines habitudes de vie et l'approche populationnelle a eu lieu au mois de février 2011. Cette rencontre destinée aux professionnels en maladies chroniques des

CSSS sera de retour annuellement dans l'optique de développer les compétences en promotion des saines habitudes de vie pour l'ensemble des intervenants.

Afin de donner davantage de place à la promotion, un projet pilote d'une année a débuté en janvier avec le CSSS des Basques. L'objectif est d'assurer la création de liens à l'intérieur du CSSS ainsi qu'avec la communauté en ce qui concerne la promotion des saines habitudes de vie et le concept de responsabilité populationnelle. Cette façon de faire pourrait éventuellement être exportable à l'ensemble du territoire.

3.1.5 La violence conjugale et les agressions sexuelles

Violence conjugale

L'Agence a effectué différentes activités dans le cadre du plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale; une journée régionale en violence s'est tenue en mai et a permis de rassembler différents partenaires concernés par la violence.

Aussi, dans le cadre d'une subvention non récurrente allouée par le Ministère, des sommes ont été versées aux tables locales en violence conjugale afin d'appuyer des projets tels que l'impression et la diffusion de documents, des activités de sensibilisation grand public, des formations à des intervenants, la production d'outils de référence et autres.

Le protocole sociojudiciaire intervenu entre les policiers et les organismes désignés a continué de s'appliquer. Les organismes concernés ont effectué plus d'une cinquantaine d'accompagnements au cours de la dernière année.

Dans le cadre de la mesure 6 du plan d'action gouvernemental, l'Agence a poursuivi son investissement conjointement avec deux commissions scolaires dans un projet pilote qui vise l'engagement d'une personne-ressource qui favorisera l'intégration d'activités d'éducation à la sexualité pour la clientèle du premier cycle du secondaire.

La table régionale qui regroupe les volets violence conjugale et agression sexuelle s'est réunie à deux reprises au cours de l'année. Deux comités de travail ont été mis sur pied, soit l'un en regard de la mesure 16 visant à choisir une formation et des outils portant sur l'identification précoce des signes de violence conjugale, et l'autre en regard de la mesure 33 afin de développer des outils pour soutenir les procureurs pour des activités réalisées par les organismes en santé et en services sociaux.

Aussi, le programme Mû, géré par les deux organismes hommes de la région, a obtenu un soutien financier de la part du Ministère et de l'Agence afin d'aider les hommes qui vivent une période difficile ou une transition particulière dans leur vie. Au total, 111 hommes ont suivi le programme.

Agression sexuelle

Pour ce qui est des orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle 2008-2013, l'Agence a poursuivi des activités de soutien aux centres désignés. Une rencontre annuelle a été organisée avec les centres désignés pour assurer le suivi des services dispensés aux victimes; à cette occasion, une demi-journée a été consacrée à une rencontre conjointe avec les policiers, les procureurs, le Centre jeunesse, les centres

d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS), le Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent et le Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC) pour échanger sur des problématiques vécues et partager des informations. En 2010, 16 suivis de gestion ont été transmis à l'Agence concernant des troussees medicolégales effectuées en centres désignés. De plus, deux formations sur la trousse medicolégale et medicosociale ont été dispensées aux médecins et au personnel infirmier des centres désignés.

L'Agence a continué d'appuyer les deux cliniques pédiatriques en protection de l'enfance (CPPE) en assumant, entre autres, les coûts de la formation des infirmières dédiées à ces cliniques. De plus, l'Entente multisectorielle continue de s'appliquer dans la région, mais devra faire l'objet de mise à

niveau. De même, l'Agence appuie le CALACS de Rimouski dans la diffusion d'un outil pour lutter contre l'hypersexualisation.

À la suite d'un budget non récurrent en provenance du Ministère, les deux CALACS ont soumis un projet pour la diffusion d'une publicité en prévention des agressions sexuelles. Le concept de base repose sur la notion du consentement afin d'effacer le flou et défaire des mythes. Cette publicité devrait être télédiffusée en 2011-2012.

Aussi, les centres désignés de la région participent au projet de recherche portant sur l'évaluation de l'implantation des centres désignés, lequel s'échelonne sur deux années. Les résultats devraient être présentés à l'automne 2012. Déjà, une première cueillette de données administratives a été effectuée.

3.2 La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services

Groupes de médecine de famille et guichet d'accès pour les clientèles vulnérables

Les neuf groupes de médecine de famille (GMF) du Bas-Saint-Laurent comptent 98 232 inscriptions. Parmi celles-ci, 36 447 personnes ont une condition de santé vulnérable. De fait, avec 144 médecins partenaires, 48 % de la population régionale totale est inscrite en GMF, ce qui comprend un ratio de clientèle vulnérable supérieur à la moyenne provinciale.

Au cours de l'année, le Groupe de médecine de famille de Kamouraska a reçu son accréditation. Toujours en développement, ce dernier poursuit l'objectif d'inscrire 15 000 patients à travers ses quatre points de service. Le GMF regroupe 12 médecins et compte, outre le personnel régulier d'un cabinet ou d'un établissement, 2 infirmières équivalent temps plein (ETP) assurant une présence de 70 heures par semaine et de 2 personnes affectées au soutien administratif.

En continuation, le Département régional de médecine générale (DRMG) a procédé au deuxième renouvellement du Groupe de médecine de famille de La Matapédia et de celui de La Mitis. Un autre groupe, soit le GMF du Boisé Langevin, est en voie d'accréditation. Le nombre régional d'inscriptions sera, par conséquent, appelé à augmenter significativement.

En cours d'année, les infirmières des GMF ont participé à une réunion régionale à l'Agence; elles ont pu discuter des ordonnances collectives, des critères de diffusion des protocoles d'Info-Santé, de la trajectoire des services en dépendance, du répertoire des ressources et du rôle infirmier GMF dans la prise en charge des patients atteints de douleur chronique.

Les médecins responsables et les adjointes administratives ont eux aussi eu l'opportunité de former une table de concertation régionale. À cette occasion, l'équipe de la Clinique médicale virtuelle (CMV) est venue discuter de son plan d'action, tout comme

l'équipe Omnimed. Le thème de l'intégration de nouveaux professionnels comme les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) a, de surcroît, été abordé.

Enfin, la région compte un guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille dans chacun des huit centres de santé et de services sociaux (CSSS). Les quelque 150 médecins de la région, les infirmières et les agentes administratives qui y participent peuvent ainsi prendre en charge plus de 4 000 patients orphelins chaque année.

Accueil clinique

Fonctionnel le 31 mars 2010 à Rimouski, l'Accueil clinique permet d'optimiser l'accès de la clientèle ambulatoire, référée par des médecins de première ligne, aux consultations médicales spécialisées. Démontrant une difficile coordination, de longs délais d'attente ont été observés en la matière de même qu'un retour incertain de l'information. Une initiative clinique et administrative a, par conséquent, été entreprise afin de coordonner le suivi du cheminement diagnostique et thérapeutique des usagers référés, d'assurer le transfert d'informations aux médecins requérants et de créer une porte d'entrée dédiée à des services d'investigation et de consultation. Pour ce faire, 34 protocoles ont été développés ainsi que des algorithmes d'investigation, des processus cliniques standardisés et des ordonnances collectives. Depuis son inauguration, l'Accueil clinique a traité plus de 200 patients.

Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne

En raison du manque d'omnipraticiens, six bourses d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS-SPL) ont été octroyées lors de la première vague. À l'automne 2010, nous avons accueilli les trois premières IPS-SPL, soit deux au CSSS de Témiscouata et une au CSSS de Rivière-du-Loup. Dans la seconde vague des bourses allouées par le MSSS à l'ensemble du Québec, nous avons obtenu quatre bourses additionnelles, à recevoir d'ici 2017.

L'infirmière praticienne spécialisée en soins infirmiers de première ligne relève de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Elle exerce un partenariat avec un ou plusieurs médecins de famille accessibles dans son milieu de pratique ou à distance. Ensemble, ils offrent des soins de première ligne à une population donnée dans différents milieux cliniques.

Assurer une répartition équitable des médecins de famille en lien avec les travaux du PREM

Le Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) en omnipratique 2011, adopté le 1^{er} décembre 2010 par les membres du conseil d'administration de l'Agence, présentait un rehaussement autorisé de dix postes, lesquels ont été répartis entre les MRC sur la base de l'indice intrarégional d'équité qui reflète l'atteinte des besoins reconnus dans chaque territoire. Trois postes ont été attribués dans le Kamouraska, trois postes dans le Témiscouata, un dans Les Basques, deux dans Rimouski-Neigette et un dans La Matapédia.

Le DRMG a adopté, en 2011, de nouveaux besoins en effectifs à la suite de travaux qu'il a menés au cours des dernières années. Le plan des besoins reconnus par le DRMG pour l'ensemble de la région est passé de 276 à 289 médecins. Tous les plans de besoins des MRC ont été maintenus au niveau antérieur, sauf pour quatre MRC qui ont vu croître leurs besoins : Rivière-du-Loup (+2), Rimouski-Neigette (+8), La Mitis (+2) et Matane (+1). Les besoins ont été révisés à la lumière des normes proposées par le Comité de gestion des effectifs en omnipratique (COGEM) pour chaque secteur d'activité où œuvrent les omnipraticiens (première ligne, urgence, obstétrique, hospitalisation, longue durée, services régionaux, etc.). Dans certains secteurs d'activité, le DRMG a pris une orientation différente du COGEM et a appliqué des normes qui, selon lui, correspondent davantage à la réalité de la pratique médicale en région. Les ajustements apportés par le DRMG du Bas-Saint-Laurent aux normes du COGEM entraînent un écart de l'ordre de quatorze médecins ETP. Le COGEM reconnaît, en effet, un besoin de

275 médecins ETP au Bas-Saint-Laurent. Le DRMG prévoit revoir, au cours de l'année 2011, sa façon de comptabiliser les médecins en place.

Au 30 novembre 2010, 254 médecins étaient installés au Bas-Saint-Laurent, 4 de plus que l'année précédente. Au total, 16 arrivées et

12 départs sont survenus en cours d'année. Le taux d'atteinte des besoins reconnus en omnipratique est de 79 % et 80 % dans les MRC de Témiscouata et de Kamouraska respectivement, alors qu'il varie de 88 % à 97 % dans les autres MRC. À l'heure actuelle, huit départs et dix arrivées sont prévus en 2011.

3.2.1 Le service Info-Santé et le service téléphonique pour les personnes éprouvant des problèmes psychosociaux

Service régional Info-Santé et Info-Social

Dans le cadre des orientations ministérielles, le service régional Info-Santé et Info-Social poursuit les travaux reliés à l'accessibilité, à la continuité et à l'optimisation de la consultation téléphonique 24/7.

Le numéro d'appel 8-1-1 rend accessible la consultation téléphonique dans les plus brefs délais.

Le service d'enregistrement de clientèle vulnérable est offert aux usagers à domicile présentant des risques de décompensation ou de déstabilisation. Ils sont inscrits par le service de soutien à domicile des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et par les groupes de médecine familiale (GMF), et ce, pour six CSSS ayant les services de garde infirmière 24/7.

Dans ce contexte, à la suite d'un enregistrement de la clientèle, la complémentarité et la continuité du service régional Info-Santé se traduisent par une réponse personnalisée de l'infirmière d'Info-Santé. Selon les données recueillies et les besoins du client, l'infirmière d'Info-Santé pourra y répondre, faire intervenir l'infirmière de garde du CSSS ou recommander de se rendre à l'urgence si l'état le requiert. Selon les consignes préétablies, elle pourra communiquer avec un médecin désigné.

En cours d'année, en ce qui concerne la consultation psychosociale, il y a eu élaboration d'un projet pilote visant à

augmenter l'accessibilité par la présence d'un travailleur social en soirée. Ce projet a conduit au développement d'un deuxième projet Info-Social qui est disponible en soirée et la nuit en semaine, et 24 sur 24 les fins de semaine. L'ajout du « choix 2 – Info-Social » dans la réponse interactive de la téléphonie sera, quant à elle, disponible à partir du 1^{er} avril 2011. En parallèle, il y a eu une tournée de l'ensemble des CSSS du Bas-Saint-Laurent pour présenter le projet et établir les ententes de partenariat.

Enfin, en 2010-2011, 78 057 appels ont été effectués à ce service, dont 14 004 furent abandonnés. Au total, 63 960 appels ont été traités par les infirmières du service Info-Santé. Plus de 6,5 % des appels ont été orientés spécifiquement vers l'urgence.

Perspectives

Le défi sur le plan des ressources humaines est constant. L'optimisation du service Info-Santé et Info-Social fait partie des actions à privilégier.

Répertoire des ressources

Ce répertoire est un bottin de plus de 30 000 ressources de la province, dont 838 proviennent du Bas-Saint-Laurent. Il s'avère un outil indispensable au service régional Info-Santé et Info-Social, et aux CSSS afin d'orienter la clientèle vers les ressources appropriées.

Des travaux se poursuivent pour améliorer l'accessibilité et la mise à jour continue de ces ressources. L'objectif des taux de mise à jour

du MSSS est de 95 %; notre région a atteint cet objectif au cours de 2010-2011. Compte tenu de ces résultats, l'Agence, le Ministère et Sogique ont convenu d'une entente pour héberger le répertoire des ressources du Bas-Saint-Laurent sur le site Web de l'Agence.

Chaque établissement a un pilote local. Les pilotes locaux sont appuyés par un pilote régional en regard de la formation, des conseils et de l'information. L'Agence soutient

financièrement la formation de ces formateurs locaux et du formateur régional. Un cadre régional sur le répertoire des ressources est diffusé dans chaque CSSS.

Perspectives

La mise à jour du répertoire des ressources est un incontournable. Le défi, d'ordre local et régional, est continu, tant sur la quantité que sur la qualité.

3.2.2 Les services dispensés aux clientèles atteintes de maladies chroniques ou de cancer

Maladies chroniques

En 2010-2011, l'Agence a maintenu ses efforts pour développer l'offre de service dans la prévention et le contrôle des maladies chroniques. La consolidation de la phase deux de la priorité locale pour l'ensemble des CSSS du territoire, consistant en la mise en place d'un processus de soins intégrant de nouvelles pratiques professionnelles et de divers secteurs de services, nous amène à relever de nouveaux défis. Entre autres, celui d'évaluer dans quelle proportion l'intégration des pratiques professionnelles améliore la gestion des maladies chroniques.

L'Agence a partagé son expertise lors des Journées annuelles en maladies chroniques qui ont eu lieu à Montréal les 25 et 26 novembre 2010. La qualité du travail réalisé dans la région en maladies chroniques a contribué au rayonnement du Bas-Saint-Laurent dans ce domaine d'activité. En effet, plusieurs régions du Québec s'inspireront des travaux effectués par l'équipe de l'Agence afin de développer l'offre de service en maladies chroniques auprès de leur clientèle.

Volet « Suivi dans le milieu et soutien à la pratique professionnelle »

La dernière année a permis la consolidation des projets locaux soutenus par la priorité régionale de financement en maladies chroniques. Le continuum de services offert

par les équipes maladies chroniques des CSSS permet de répondre aux besoins de première et de deuxième ligne. Une trajectoire générale pour l'ensemble des maladies chroniques a été définie et partagée avec les CSSS. Les services offerts par les professionnels en maladies chroniques se font en étroite collaboration avec les médecins des GMF et des cliniques privées. Les commentaires positifs démontrent une satisfaction des médecins, des professionnels et des usagers. L'un des prochains défis est de développer et de favoriser l'approche interdisciplinaire au sein des équipes.

Au cours de l'année, des outils et des guides de pratique à l'intention des médecins et professionnels en maladies chroniques ont été produits ou mis à jour par le Dr Gilles Côté, médecin-conseil à l'Agence. Notons, entre autres, le guide locomoteur.

Nouveauté cette année : une bibliothèque virtuelle s'adressant aux professionnels en maladies chroniques des CSSS a été créée. On y retrouve des capsules de formation Web sur le diabète et les MPOC, des documents de référence ainsi que des liens Web pertinents concernant les saines habitudes de vie et les maladies chroniques. Au cours des prochaines années, l'aspect formation Web sera de plus en plus utilisé et développé.

Plusieurs formations ont été réalisées en 2010-2011, notamment la Journée annuelle en maladies chroniques et celle sur l'entrevue motivationnelle venant soutenir la priorité du

développement de l'autogestion des maladies chroniques. Ces formations sont toujours très appréciées de la part des professionnels et des médecins.

Une tournée des CSSS a été réalisée afin d'évaluer le niveau d'harmonisation des pratiques régionales, de documenter les écarts en lien avec les meilleures pratiques régionales et nationales définies ainsi que d'ajuster le soutien régional en fonction des besoins des CSSS.

En ce qui concerne l'amélioration des services, l'ajout des ressources dans les différents secteurs de services a permis une augmentation du volume de clientèles ayant bénéficié d'un enseignement portant sur une prévention primaire ou secondaire, et ce, pour la majorité des pathologies visées. Notons particulièrement les 4 119 patients diabétiques pris en charge et les 1 051 patients suivis pour une maladie obstructive chronique. Soulignons les 2 794 clients à haut risque (syndrome métabolique) ou atteints de maladies cardiovasculaires qui ont reçu des services des équipes de maladies chroniques. Enfin, le volume d'activités pour les patients asthmatiques est sensiblement le même, passant de 314 en 2009-2010 à 305 en 2010-2011.

Perspectives en maladies chroniques

Toujours dans la poursuite de l'*Expanded Chronic Care Model*, le volet autogestion sera développé au cours des prochaines années. Le modèle d'autosoins de l'Université de Stanford, qui est également utilisé par certaines régions du Québec, peut s'avérer une piste intéressante dans la poursuite des actions. L'identification des hauts consommateurs et leur prise en charge se veulent également des actions qui permettraient de consolider le continuum de services en maladies chroniques.

Maintenant que les équipes sont bien en place, l'identification d'indicateurs de performances cliniques en matière de soins aux usagers est tout à fait justifiable. Le choix de ces indicateurs va nous permettre d'orienter les activités d'amélioration de la qualité, de suivre les effets des changements

qui sont apportés aux processus et de nous assurer que les investissements effectués au cours des dernières années soient des plus profitables, tant au niveau quantitatif que qualitatif.

Lutte au cancer

En matière de lutte contre le cancer, l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent poursuit la mise en place des éléments adoptés en 2004 dans son programme régional. Ce dernier vise notamment l'implantation d'équipes multidisciplinaires locales en oncologie dans chacun des huit réseaux locaux, incluant une équipe à vocation régionale. En juin 2011, l'Agence a procédé à la désignation officielle de l'équipe locale de lutte contre le cancer de La Matapédia, qui s'ajoute à celles déjà désignées au Témiscouata et à Matane, lesquelles ont reçu en 2010 des évaluations formatives de suivi.

Le 5 juillet 2010, l'Agence a également procédé à la désignation formelle, pour une période de quatre ans, de l'équipe multidisciplinaire régionale de lutte contre le cancer, sous la responsabilité du CSSS de Rimouski-Neigette. Elle a également reconnu formellement le CSSS de Rivière-du-Loup à titre d'hôpital de référence en oncologie pour la population du Kamouraska, de Rivière-du-Loup, du Témiscouata et des Basques.

En ce qui a trait à la radiothérapie, les résultats obtenus indiquent une amélioration constante de l'ensemble des indicateurs, notamment ceux se rapportant au nombre de personnes en attente de traitements et au nombre d'usagers traités au-delà du délai d'attente médicalement acceptable. Les actions prises depuis quelques années en font foi.

Aussi, la région du Bas-Saint-Laurent a été désignée par le MSSS pour poursuivre deux projets pilotes en oncologie, soit un projet de clinique d'accès rapide à l'investigation des cancers colorectaux au CSSS de Rivière-du-Loup et un projet de pharmacien régional en oncologie au CSSS de Rimouski-Neigette. Des résultats devraient émerger de ces projets au cours de l'année 2011, tout comme le déploiement, depuis le 1^{er} avril 2011, du

Registre québécois du cancer, auquel les deux établissements de Rimouski-Neigette et de Rivière-du-Loup contribuent.

Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)

Les opérations de l'unité mobile SARA (service ambulatoire radiologique accessible) se sont poursuivies en visitant les régions de La Matapédia, de La Mitis, des Basques, du Témiscouata, du Kamouraska ainsi que de Baie-Comeau, de Sept-Îles et de l'Outaouais. SARA facilite grandement l'accessibilité à l'examen de dépistage, comme le démontrent les statistiques ci-dessous.

Nombre de mammographies de dépistage effectuées par l'unité mobile SARA

MRC	2010-2011
La Matapédia	894
La Mitis	553
Les Basques	454
Témiscouata	1 205
Kamouraska	926
Rivière-du-Loup	50
Autres	1 314
TOTAL :	5 396

Ce service reçoit une cote de « très grande satisfaction » de la part des femmes, selon le sondage effectué. Le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Rivière-du-Loup est l'établissement responsable de l'opérationnalisation de l'unité mobile par le personnel administratif, les professionnels, les gestion-

naires et les radiologistes. Les centres de dépistage, de référence et d'investigation assurent également leur collaboration pour les examens complémentaires requis pour la clientèle.

Avec la participation des responsables et du personnel des CSSS visités par SARA, les activités de sensibilisation se poursuivent afin que l'accessibilité à cet examen soit continue. La qualité et la continuité du service sont maintenues par l'équipe du CSSS de Rivière-du-Loup de façon constante.

Par ailleurs, Matane et Rimouski ont vécu des difficultés en regard de l'accessibilité à une mammographie de dépistage en raison des changements physiques, technologiques et humains selon les établissements.

Perspectives

Des démarches pour assurer l'accessibilité sont amorcées et seront à consolider en 2011-2012.

Une entente de service avec la région de la Gaspésie est en voie de réalisation, et ceci, dans une vision d'optimisation et de collaboration interrégion.

Finalement, au cours des prochains mois, de l'information en regard du consentement éclairé sera diffusée afin de préciser les avantages, les inconvénients et les limites reliés à la mammographie, et ce, en lien avec les orientations ministérielles.

3.2.3 Les services aux jeunes en difficulté

Les services aux jeunes et à leur famille

Programme d'intervention en négligence

Dans le cadre de la Stratégie d'action jeunesse 2009-2014, la région du Bas-Saint-Laurent a été choisie comme l'une des premières régions pour l'implantation d'un

programme d'intervention en négligence. Le programme L'EnTrain a entrepris son implantation dans la région de La Matapédia où 9 familles ont participé au premier module d'activités de groupe et 12 familles ont participé au deuxième module. L'implantation va bon train et l'on prévoit le déploiement de deux autres territoires de CSSS dans la prochaine année. Le bilan est positif.

Encadrement clinique

Les professionnelles des programmes jeunes, dépendances et santé mentale accompagnent les responsables à l'encadrement clinique dans une perspective de transfert de connaissances auprès des intervenants des CSSS. Ce comité de travail vise à soutenir les responsables à l'encadrement clinique dans différents volets de leur travail, dont de la formation spécifique.

Formation et autres

La formation se poursuit en regard des meilleures pratiques et du déploiement de programmes ou de politiques, dans une perspective d'intégration de services et de continuum de services en enfance-jeunesse-famille. Par ailleurs, nous avons cette année procédé à une mise à jour de la *Grille Ballon : édition 2010*. Il s'agit d'un outil développé au Bas-Saint-Laurent et reconnu par un comité d'expert de l'Institut national de santé

publique, lequel a produit un avis scientifique sur l'efficacité des interventions de type *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance* en fonction de différentes clientèles. D'ailleurs, une formation de la Grille Ballon a été offerte en avril 2010 à Montréal (CSSS Jeanne-Mance) par deux éducatrices du volet en intervention précoce.

Application de la Loi sur la protection de la jeunesse

Les résultats atteints par le Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent en regard particulièrement du respect des délais à l'évaluation et à l'application de mesures de protection de la jeunesse démontrent un niveau d'atteinte des objectifs très satisfaisant. La situation du respect des délais entre l'ordonnance et la prise en charge dans l'application de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents démontre, quant à elle, l'une des meilleures accessibilités au Québec.

3.2.4 Les services aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale et aux prises avec une problématique d'abus ou de dépendance

Les services de première ligne en santé mentale

Contexte régional

Depuis les cinq dernières années au Bas-Saint-Laurent, le Plan d'action en santé mentale (PASM) « La force des liens » invite l'ensemble des acteurs à poursuivre leurs efforts dans la perspective d'améliorer les services s'adressant aux clientèles jeunes et adultes ayant des troubles transitoires ou graves de santé mentale, aux personnes aux prises avec des idéations suicidaires et de la détresse psychologique, ainsi qu'aux personnes qui éprouvent une double problématique de santé.

Les différents travaux menés ont commandé plusieurs changements dans les modes d'organisation de service en santé mentale entre les omnipraticiens, les psychiatres et les équipes de première et de deuxième ligne en

santé mentale. Ces changements de pratique visent une utilisation optimale de l'ensemble des ressources et des services afin de répondre de manière pertinente et efficiente aux besoins des usagers et d'assouplir les frontières qui balisent les interventions dans un continuum de services.

Pour ce faire, par le biais des différentes modalités de concertation, l'Agence et ses principaux partenaires, notamment les centres de santé et des services sociaux (CSSS), se sont réunis en vue de poursuivre l'élaboration de mécanismes d'accès, de liaison et de référence relatifs aux différents services en santé mentale et en troubles concomitants. Rappelons que ces modalités de fonctionnement visent à contribuer au virage des services de santé mentale en première ligne, à l'intégration des services et à l'harmonisation des pratiques sous l'angle de la pertinence, de l'accessibilité et de l'efficacité.

Pour soutenir tous les efforts déployés en vue d'atteindre les objectifs en matière d'amélioration et de hiérarchisation des soins et des services en santé mentale et de ses comorbidités, les services d'un psychiatre-conseil à l'Agence ont été retenus pour un an.

En réponse à une commande du Ministère, les acteurs sectoriels et intersectoriels de la région ont participé à l'élaboration d'un bilan régional de l'actualisation du plan d'action en santé mentale, sous la gouverne de l'Agence. Ce bilan a permis d'obtenir leur appréciation du degré d'implantation des différentes mesures contenues au PASM et de recueillir les perspectives de bonification et d'enrichissement de ce dernier. À ce sujet, le MSSS a annoncé la production d'un nouveau plan d'action en santé mentale 2012-2017.

Principaux chantiers menés durant l'exercice financier

Suivi dans la communauté : suivi intensif et soutien d'intensité variable

En collaboration avec l'Agence, les travaux des CSSS se poursuivent dans la perspective de convenir d'arrimages entre les différentes mesures de suivi dans la communauté et de services de base. De plus, différentes instances de concertation ont été sensibilisées à l'existence de ces services en vue de mieux diriger des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves vers ces derniers.

Également, par l'intermédiaire du Centre national d'excellence en santé mentale, les CSSS du Bas-Saint-Laurent ont pu profiter localement d'activités de formation, de coaching et des visites de soutien pour les équipes de suivi intensif et celles de soutien d'intensité variable pour leur permettre d'atteindre un fonctionnement optimal et de s'inscrire dans les meilleures pratiques.

Intégration socioprofessionnelle des personnes avec des troubles graves de santé mentale de 16 ans et plus

Sous l'égide de l'Agence, différents partenaires du réseau de la santé et des réseaux intersectoriels se sont réunis à

quelques reprises dans le but d'élaborer un mécanisme d'accès et une trajectoire de services afin de faciliter l'accès à l'intégration au travail des personnes vivant ou ayant vécu des problématiques graves de santé mentale de la région du Bas-Saint-Laurent. Cette démarche s'inscrit dans le contexte de la mise en œuvre des orientations en santé mentale ainsi que dans le prolongement de la Stratégie nationale pour l'intégration et le maintien en emploi des personnes handicapées du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

En parallèle à ces travaux, un modèle novateur d'intervention pour la transformation des représentations sociales fera l'objet d'expérimentation au cours de la prochaine année. Ce modèle est issu d'études menées par un chercheur de la région à la demande du Comité de concertation et de consultation des travailleurs et des travailleuses (CCCTH). Il vient appuyer l'hypothèse selon laquelle les représentations sociales des employeurs à l'égard des personnes handicapées de même que les représentations sociales des personnes handicapées à l'égard d'elles-mêmes face au marché du travail sont déterminantes dans le processus d'embauche des personnes handicapées. La prochaine étape a trait à l'expérimentation et à la validation des outils développés en lien avec ce projet dans des territoires ciblés par le CCCTH.

Aussi, une aide financière non récurrente a été accordée au Service alternatif d'intégration et de maintien en emploi pour l'actualisation du programme alternatif de réadaptation socio-professionnelle au niveau du territoire du CSSS de Rimouski-Neigette. Ce programme s'adresse aux personnes aux prises avec des troubles graves de santé mentale en vue de leur rétablissement. Le projet servira de modèle à d'autres MRC de la région.

Cadre de partenariat pour les personnes utilisatrices de services en santé mentale

L'Agence a soutenu à nouveau le Regroupement et Implication des Personnes Utilisatrices de services en santé mentale du Bas-Saint-Laurent (RIPU-BSL) dans la poursuite de l'actualisation du cadre de partenariat sur l'appropriation du pouvoir de ces personnes.

Cette contribution leur permet d'encourager la participation et de former un plus grand nombre de personnes utilisatrices au sein des différentes structures de concertation, tant au plan régional que local.

Ressources non institutionnelles en santé mentale

La réorganisation des services résidentiels non institutionnels en santé mentale se poursuit afin de compter sur une gamme de services correspondant au profil des clientèles et dans une vision de réadaptation et de réinsertion sociale. À ce chapitre, la prochaine étape visera à se doter d'une organisation de services intégrés pour les personnes présentant une problématique multiple, incluant celle avec troubles de comportement. Également, considérant la courbe de vieillissement et les taux de prévalence en santé mentale, cette clientèle sera prise en considération dans l'exercice.

En cours d'année, l'Agence a soutenu le développement de logements sociaux en santé mentale dans la MRC du Kamouraska, pour un total de douze unités. Un projet de logements sociaux est actuellement en élaboration dans la MRC de Matane.

Autres activités en santé mentale

Afin de sensibiliser l'ensemble de la population aux préjugés véhiculés à l'endroit des personnes aux prises avec une problématique de santé mentale et à la capacité de ces dernières de se rétablir, l'Agence a soutenu les membres de la Table locale de concertation en santé mentale du Kamouraska pour la production et la diffusion de capsules radiophoniques portant sur les préjugés sociaux. Ces capsules seront diffusées au cours du prochain exercice.

En soutien aux actions menées par les CSSS, l'Association canadienne de la santé mentale du Bas-du-Fleuve a obtenu le mandat de la promotion de la santé mentale et de la prévention des troubles mentaux devant reposer sur les meilleures pratiques reconnues par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Un financement lui a été attribué à cette fin.

Enfin, l'Agence continue de financer l'organisme communautaire PLAIDD-BF pour soutenir le fonctionnement du RIPU-BSL, qui s'inscrit dans les attentes ministérielles. Ce regroupement contribue à favoriser la participation des personnes utilisatrices de services et de leurs proches dans les structures de décision.

Mesure d'adaptation des services destinés à la clientèle masculine

Le programme « Mû » relevant de la responsabilité de deux organismes communautaires, Trajectoires Hommes et C-TA-C, qui sont impliqués auprès des hommes en situation de vulnérabilité de la région bas-laurentienne, a été reconnu parmi les projets d'intervention s'inscrivant dans l'atteinte d'une des mesures du Plan d'action en santé mentale 2005-2010. Cette reconnaissance permet à ces organismes d'obtenir un financement récurrent du Ministère et vient en soutien à l'aide qui leur est apportée par l'Agence.

Perspectives en santé mentale

Services généraux psychosociaux

En février 2011, le MSSS a entrepris une deuxième consultation de l'offre de services généraux psychosociaux selon les standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience 2010-2015. En réponse à cette consultation, l'Agence et les CSSS y ont participé. Le MSSS prévoit rendre officiel son document d'orientations durant la présente année. Dès sa parution, sous la responsabilité de l'Agence, des travaux régionaux impliquant les acteurs concernés seront menés pour discuter de cette offre et de s'entendre sur les suites à y donner.

Services de crise incluant l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q. c. P-38.001)

La parution, en février 2011, du Rapport d'enquête sur les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont

l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q. c. P-38.001) qui relate différents problèmes liés à son application, plusieurs pistes de solutions ainsi que les recommandations émises dans le récent rapport du Protecteur du citoyen, oblige de mener certains travaux. Ces travaux porteront notamment sur la mise à jour du Cadre de référence régional des services de crise intégrés, incluant les modalités d'application de la loi.

Organisation des services multisectoriels pour la clientèle ayant commis une infraction criminelle et présentant une problématique de santé mentale

En février 2011, le MSSS a publié un rapport du Comité de travail interministériel sur la prestation des services de psychiatrie légale relevant du Code criminel. En bref, le rapport permet de connaître les principaux problèmes auxquels font face les prestataires de services et de proposer des solutions susceptibles d'améliorer les services.

Les recommandations émises dans ce rapport concernent la mise à jour de l'organisation des services multisectoriels pour la clientèle du Bas-Saint-Laurent ayant commis une infraction criminelle et présentant une problématique de santé mentale.

Évaluation des dépenses des services de santé mentale

Pour une cinquième année consécutive, à l'aide de l'Outil d'alimentation du système d'information sociosanitaire (OASIS), avec la collaboration de l'Agence, les CSSS ont procédé à l'évaluation des dépenses des services de santé mentale. Cette opération a pour finalité d'évaluer le niveau d'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 et d'apprécier l'accessibilité des services offerts par ces établissements.

Soutien professionnel et formation en matière de santé mentale et en prévention du suicide

Le soutien financier de l'Agence s'est poursuivi auprès des huit CSSS en matière

d'encadrement clinique pour appuyer leurs intervenants dans le changement des pratiques et des façons d'intervenir. Aussi, par l'intermédiaire des services spécialisés, les CSSS de Rivière-du-Loup et de Rimouski-Neigette ont mis un soutien professionnel à la disposition des équipes de première ligne en santé mentale par l'intermédiaire des psychiatres-répondants et des professionnels-répondants.

De plus, l'Agence a accordé un appui financier à diverses activités de formation pour soutenir les médecins ainsi que les intervenants des réseaux de la santé et des services sociaux et intersectoriels dans l'amélioration de leur pratique auprès des clientèles présentant des problématiques de santé mentale et de suicide. Voici quelques exemples :

- Formation de trois jours portant sur le soutien d'intensité variable offerte par le Centre national d'excellence en santé mentale pour chacun des deux secteurs du Bas-Saint-Laurent;
- Formation médicale portant sur les services de suivi dans la communauté : suivi intensif et soutien d'intensité variable offerte par le Centre national d'excellence en santé mentale;
- Formation et soutien clinique aux intervenants sur les troubles de personnalité limite par le personnel de la Clinique sans mur du CSSS de Rimouski-Neigette;
- Formation sur mesure en lien avec l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui;
- Formation de « L'approche orientée vers les solutions pour prévenir le suicide » offerte aux intervenants en prévention du suicide;
- Formation sur le rétablissement offert aux intervenants de la région.

Offre de service en dépendance

Au cours de la dernière année, les CSSS ont adapté localement le « Mécanisme d'accès régional et trajectoires de services en dépendance » afin qu'il tienne compte de leur réalité organisationnelle et territoriale. Un accompagnement soutenu de l'Agence a été effectué auprès de chaque établissement afin d'assurer la cohérence de ces travaux.

Pour la prochaine année, les ententes de partenariat entre les acteurs concernés, notamment les CSSS, le Centre de réadaptation en dépendance du Bas-Saint-Laurent, les établissements d'enseignement et les organismes communautaires d'hébergement en dépendance devront être officialisées, et ce, dans le but de consolider les mécanismes d'accès locaux et de garantir une qualité et une continuité de services aux personnes dans le besoin.

En ce sens, des ententes spécifiques ont été convenues avec deux organismes communautaires d'hébergement en dépendance afin de rendre disponibles des activités de sensibilisation et de prévention en dépendance auprès de l'ensemble de la population du Bas-Saint-Laurent.

Services de première ligne

L'année 2010-2011 a été une année d'appropriation du programme dépendance pour les intervenants de première ligne des

CSSS. Cette offre de service a exigé l'acquisition de connaissances, l'appropriation d'outils d'intervention et un changement dans la pratique clinique. Du soutien a été apporté par les professionnels des CSSS dédiés à la supervision clinique afin de rendre disponible cette « nouvelle » offre de service en dépendance de manière optimale.

Dans une optique d'approche intégrée, de la formation continue portant sur la toxicomanie, le jeu pathologique et autres problématiques associées sera dispensée aux intervenants œuvrant dans l'ensemble des programmes-services afin de poursuivre l'intégration de ces connaissances.

Dans cette même perspective et dans un souci de rejoindre une clientèle vulnérable, soit les enfants d'âge scolaire, dont un ou les parents souffrent d'un trouble de santé mentale et de dépendance, il est prévu de mettre en place le programme « Les ateliers d'Anna » au sein des CSSS du territoire.

3.2.5 Les services offerts aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement

Le soutien à domicile et l'hébergement

La philosophie d'intervention « Chez soi : le premier choix » a été valorisée et a teinté toutes les interventions auprès des CSSS, en plus de la combiner à celle d'une intégration de services améliorée. Ces deux concepts ont été au cœur des interventions tout au long de l'année.

Différentes mesures visant à soutenir les CSSS dans les évaluations de clientèles ont été réalisées. Ces dernières ont permis de recadrer l'offre de service selon les orientations préconisées. Également, différents projets ont été amorcés et s'inscrivent dans la lignée de la révision de l'offre de service visant l'amélioration de l'intégration des services. Ces travaux se poursuivront au cours des prochains mois. Parmi ces projets, notons :

- L'implantation de l'approche adaptée dans les CSSS de Matane et de Rivière-du-Loup;

- La révision de l'organisation des services de prêts d'équipements de soutien à domicile;
- La révision de la médication chez les aînés hébergés en CHSLD et en GMF;
- Le début de l'application d'un projet pilote provincial pour les programmes d'adaptation domiciliaires;
- La révision de l'offre de service en soins palliatifs pour les CSSS de Kamouraska, de La Matapédia et de Témiscouata.

L'implantation régionale de la solution informatique Réseau de services intégrés personnes âgées (RSIPA) s'est traduite par une façon différente de recueillir et de colliger l'information nécessaire à l'évaluation des besoins d'une clientèle identifiée au secteur des personnes âgées, donc en perte d'autonomie ou en situation de handicap. Le déploiement de RSIPA vise à assurer une réponse la plus adéquate possible pour répondre au mieux à ses besoins, faciliter le suivi de l'épisode de services et ainsi améliorer la qualité des services aux usagers.

La plus-value de cette solution informatique implantée au printemps 2010 nous a encouragés à revoir tout au long de l'année les processus reliés, d'une part, à la tenue de dossiers et, d'autre part, aux trajectoires de services. L'idée étant de profiter de ce changement pour tenter d'harmoniser nos pratiques régionales en émettant, à titre de point de ralliement, des lignes directrices régionales qui soient suffisamment souples pour les adapter aux couleurs locales des territoires. Évidemment, l'objectif ultime recherché est la révision des processus visant l'amélioration de l'intégration des services et de se donner des outils pour gérer efficacement ces services. Un appui a été accordé aux CSSS à une fréquence de quatre à six semaines pour réviser les plans d'action locaux et s'assurer d'une harmonisation des processus d'intégration de services en PPALV au plan régional.

Hébergement

Une révision en profondeur de ce continuum s'imposait étant donné les changements importants survenus au fil du temps en PPALV. À cet effet, l'importance de la hiérarchisation des services en hébergement (domicile, résidence privée, résidence intermédiaire et CHSLD) a été revue et a fait l'objet d'une formation régionale. Aussi, une demande ministérielle en regard de l'optimisation de la gestion des listes d'attente en hébergement a été formulée.

Des travaux portant sur l'élaboration d'un cadre de référence régional pour l'hébergement et ses mécanismes d'accès ont fait l'objet d'un travail considérable. L'ancienne version de ce document abordait les sujets relatifs aux mécanismes d'accès à l'hébergement long terme. Désormais, ce cadre de référence couvrira l'ensemble des services offerts en hébergement de court et de long terme. Tous les aspects de la gestion en hébergement sont abordés, en passant par les critères d'admissibilité pour la clientèle allant jusqu'aux services offerts et aux coûts associés. La version définitive du document devrait être disponible en juin 2011.

Qualité de l'alimentation en CHSLD

En 2009, le gouvernement du Québec menait une vaste consultation publique sur les conditions de vie des aînés. Cet exercice a permis de mettre en lumière la nécessité de développer un programme de bonification de l'alimentation en centres d'hébergement et soins de longue durée (CHSLD) afin d'améliorer la qualité de vie de nos aînés.

Pour mener à terme ce projet qui visait à rehausser l'offre de service en nutrition, une mise à niveau de la formation et certaines mesures de perfectionnement s'avéraient nécessaires. Pour ce faire, une équipe d'experts cliniques composait l'équipe de projet régionale.

Différentes actions ont donc été réalisées au cours de la dernière année, soit de la formation aux équipes des services alimentaires, de la formation aux équipes cliniques, de l'accompagnement ainsi que du coaching individuel pour chacun des CSSS du territoire.

Programme d'adaptation domiciliaire

La région du Bas-Saint-Laurent a été retenue par le MSSS à titre de région pilote pour l'application du modèle émergent de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine dans le cadre de la réorganisation du travail des ergothérapeutes et du personnel non-ergothérapeute (TRP ou autres ressources disponibles) pour la réalisation des programmes d'adaptation domiciliaire (PAD). Il s'agit en fait d'une démarche concertée et réalisée grâce à la collaboration du MSSS, de la SHQ ainsi que des ordres professionnels visés, soit l'ordre des physiothérapeutes et l'ordre des ergothérapeutes.

C'est aussi une démarche qui s'inscrit dans le cadre de l'application du projet de loi n° 90. La réalisation des programmes d'adaptation domiciliaire s'appuie sur une catégorisation du travail à réaliser, à savoir simple, modéré et complexe. Cette évaluation s'appuie maintenant sur une démarche réalisée en tandem avec l'ergothérapeute et le personnel non-ergothérapeute. Les objectifs visent à

diminuer les listes d'attente et à favoriser l'enseignement d'une nouvelle pratique de travail au sein des CSSS, contribuant ainsi à valoriser les différents métiers à engager dans le processus des PAD et à revoir l'utilisation des ressources en ergothérapie dans un contexte de rareté de cette ressource. Pour faciliter la concrétisation de ce projet, une ergothé-

rapeute chargée de projet offre ses services professionnels dans ce dossier. Les activités ont débuté en février 2011 et, à ce jour, un arrimage entre les listes d'attente (SHQ, mandataire et CSSS) est en cours de réalisation, ainsi que différents documents de référence.

3.2.6 Les services de soutien à domicile et l'offre de milieux de vie diversifiés et adaptés aux besoins des clientèles ayant des besoins spécifiques

Soutien à domicile

Afin de tenir compte du souhait des individus de demeurer à domicile le plus longtemps possible ainsi que de la volonté ministérielle à rehausser et à optimiser l'offre de service en soutien à domicile, l'Agence devra se doter d'un cadre de référence régional en aide à domicile. Ce document, concerté avec les gestionnaires de la Table PPALV ainsi que différents partenaires communautaires représentant des personnes handicapées, présentera les lignes directrices et les paramètres régionaux qui devraient permettre aux CSSS d'ajuster leur programmation locale de services d'aide à domicile pour la rendre conforme aux impératifs de cohésion et d'équité.

Cette approche sera bonifiée grâce à une démarche d'optimisation de certains processus cliniques et administratifs, dont ceux visant l'autonomie de la clientèle. Il sera essentiel pour notre réseau de voir cette offre de service comme un processus intégré visant à la fois à déterminer les besoins individuels et à y répondre à l'aide des ressources disponibles, en tenant compte que lesdits besoins sont spécifiques aux intéressés. Le processus met l'accent sur l'adaptation des services aux besoins plutôt que sur l'adaptation des individus aux services existants (Weils et Karls, 1985; Capitman et autres, 1986).

3.2.7 Les services en soins palliatifs de fin de vie

Soins palliatifs

Le projet portant sur l'organisation et la révision des services en soins palliatifs dans les territoires de CSSS du Bas-Saint-Laurent a débuté au cours de l'automne 2010. Deux chargées de projet à temps partiel (une pour l'est et une pour l'ouest) poursuivent les efforts soutenus et nécessaires au déploiement des lignes directrices de la politique en soins palliatifs et de fin de vie. Cette politique vise à s'assurer que les soins palliatifs soient prodigués dans différents lieux aux personnes bénéficiant de tels soins et à leurs proches, en leur permettant de choisir l'endroit où elles les recevront. La programmation régionale visait à s'assurer que

les CSSS participant au projet se dotent d'un programme en soins palliatifs, qu'ils dédient des experts de référence localement et qu'ils identifient des lits dédiés pour dispenser les soins palliatifs.

De plus, dans deux territoires, une maison de soins palliatifs offre des services complémentaires à ceux du réseau (six lits à Rimouski et six lits à Rivière-du-Loup). Ces deux maisons couvrent l'offre de service hors des milieux institutionnels, en accord avec les recommandations gouvernementales pour le Bas-Saint-Laurent.

3.3 Un délai cliniquement approprié pour l'accès aux services

3.3.1 Les ressources médicales spécialisées

L'année 2011 marque le début d'un nouveau processus de planification quinquennale des effectifs médicaux en spécialité. La planification quinquennale repose sur une répartition populationnelle des nouveaux médecins spécialistes sur une période de cinq ans pour atteindre progressivement l'autosuffisance par région et par territoire de RUIS (réseau universitaire intégré de services). La démarche de planification a débuté avec la diffusion d'objectifs régionaux en matière d'effectifs médicaux spécialisés signifiés par le ministre de la Santé et des Services sociaux pour la durée du plan quinquennal. Sur la base de ces objectifs et en fonction des particularités de la région, l'Agence, en collaboration avec la Table des chefs de départements de médecine spécialisée et la Table des directeurs des services professionnels, a recommandé le niveau de Plan d'effectif médical (PEM) autorisé pour les établissements du territoire. Le 17 février 2011, le ministre Bolduc rendait officielle la première année du plan quinquennal, le PREM 2011 du Bas-Saint-Laurent.

Par rapport au PREM 2010, un poste additionnel en pédiatrie générale et deux nouveaux postes en médecine interne sont ajoutés au PEM du CSSS de Rimouski-Neigette. Un poste en chirurgie vasculaire a aussi été converti en un poste de chirurgie thoracique et une dérogation temporaire en anatomopathologie a été transformée en un poste supplémentaire dans cette discipline, toujours au CSSS de Rimouski-Neigette. De plus, les deux postes vacants en médecine interne du

CSSS de La Matapédia ont été transformés en postes en réseau fonctionnel intégré (RFI) avec le CSSS de Rimouski-Neigette, en vertu d'une entente formelle de services entre les deux établissements. Au total pour la région, le PREM 2011 autorisé est passé à 226 postes, un ajout de 4 postes par rapport à 2010.

L'Agence déposera au Ministère en mai 2011 les ajouts au PREM pour les quatre années subséquentes du plan quinquennal, de même que le portfolio des établissements du Bas-Saint-Laurent. Les ajouts prévus entre 2012 et 2015 sont les suivants : au CSSS de Rimouski-Neigette, un poste supplémentaire en médecine d'urgence en 2012, un poste supplémentaire en endocrinologie et en médecine interne en 2013, au CSSS de Rivière-du-Loup, un poste supplémentaire en médecine interne et en gériatrie (RFI avec Rimouski-Neigette) en 2013. Ces ajouts sont conformes aux objectifs de croissance signifiés par le ministre. Deux autres ajouts non conformes seront également demandés pour 2013, l'un en dermatologie au CSSS de Rimouski-Neigette et l'autre en physiothérapie au CSSS de La Mitis. Selon le calendrier prévu, le ministre rendra officielle la totalité du PREM 2011-2015 à l'automne 2011.

Actuellement, 184 médecins spécialistes sont installés au Bas-Saint-Laurent, une perte nette d'un médecin, résultant de 8 arrivées et de 9 départs. Au cours de l'année 2011, 10 arrivées et 8 départs sont prévus, ce qui porterait le nombre de spécialistes à 186.

3.3.2 Les services thérapeutiques et diagnostiques

Volet chirurgie

L'accès aux services de chirurgie des établissements sur le territoire de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent se déroule bien. Dans

l'ensemble, les chirurgies sont réalisées à l'intérieur des objectifs différenciés d'accès fixés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour chacun des établissements, et ce, pour chaque catégorie de chirurgie. La durée moyenne d'attente

pour une chirurgie dans la région du Bas-Saint-Laurent était de 7,6 semaines pour l'année financière 2010-2011. Le délai moyen d'attente pour l'arthroplastie de la hanche était de 17,9 semaines, alors qu'il était de 18,7 semaines pour l'arthroplastie du genou. La chirurgie de la cataracte était réalisée en moyenne à l'intérieur de 6,9 semaines. Les chirurgies d'un jour étaient pratiquées en dedans de 7,4 semaines alors que les chirurgies nécessitant une hospitalisation se déroulaient en moyenne à l'intérieur de 6,1 semaines. La production chirurgicale totale pour l'ensemble des établissements sur le territoire de l'Agence est de 13 602 interventions, alors que la cible fixée était de 14 294 interventions.

La saine gestion des listes d'attente en chirurgie étant un élément primordial pour assurer une accessibilité rapide aux services spécialisés et surspécialisés, il faut souligner le travail considérable des établissements en ce sens, puisqu'à la fin de la période 13, seulement 4,4 % (84/1 899) des patients disponibles pour une chirurgie électorale étaient en attente pour plus de 6 mois.

Volet imagerie médicale

Toujours dans l'optique de l'amélioration de l'accessibilité aux services spécialisés et surspécialisés et pour faire suite au dépôt d'orientations ministérielles, les établissements ont commencé l'implantation du mécanisme d'accès en imagerie médicale. Cette mise en place est vue sous deux axes principaux :

1. La prise en charge de la clientèle en attente d'un service en imagerie médicale par les établissements de santé;
2. L'optimisation de la capacité du réseau public de santé à offrir les services médicaux à la population.

Ce déploiement vise la diminution des délais d'attente pour les trois segments d'un examen en imagerie médicale : le temps pour avoir accès à un rendez-vous pour la réalisation de l'examen, le temps nécessaire pour la lecture de l'examen par le radiologiste et le temps requis pour la transcription, la relecture et la

transmission du rapport au médecin requérant. Selon les cibles déterminées par le MSSS, en collaboration avec l'Association des radiologistes du Québec, un délai raisonnable pour offrir tous les services en imagerie médicale serait de trois mois et quatorze jours;

1. **Trois mois** pour le délai de rendez-vous (réalisation de l'examen d'investigation);
2. **Sept jours** pour le délai de lecture;
3. **Sept jours** pour le délai de transcription (incluant la relecture) et de transmission.

Afin de rencontrer ces cibles, les établissements sur le territoire de l'Agence ont amorcé une série d'actions visant à réviser les processus, et ce, tant au niveau de la gestion de la clientèle que de l'optimisation de la capacité de production.

Volet urgence

Pour une troisième année consécutive, la durée moyenne de séjour (DMS) sur civière est à la baisse dans les urgences du Bas-Saint-Laurent. En effet, la DMS est passée de 13,5 en 2008-2009 à 10,3 heures en 2010-2011. Cet excellent résultat est en dessous de la cible fixée par le Ministère, soit une DMS de 12 heures. De plus, afin de diminuer le nombre de patients de 48 heures et plus sur civière à l'urgence, l'Agence a introduit une nouvelle règle pour l'attribution des allocations pour le désengorgement des urgences allouées aux établissements. En effet, une attente maximale du nombre de patients de 48 heures et plus sur civière a été fixée à partir des résultats enregistrés à la fin de la période 13 de l'année financière 2009-2010. Chaque établissement devait avoir atteint 100 % de sa cible de réduction pour avoir droit à la totalité de son allocation.

Cet exercice a porté ses fruits puisque le nombre total de patients de 48 heures et plus sur civière sur le territoire de l'Agence est passé de 999 pour l'année 2009-2010 à 735 pour l'année 2010-2011. L'objectif final de ce nouveau mode d'attribution est la cible 0 pour le nombre de patients de 48 heures et plus sur civière à l'urgence à la fin de l'année 2012-2013.

Volet laboratoire

Le ministère de la Santé et des Services sociaux procède deux fois par année, soit au printemps et à l'automne, à un exercice de mesure de l'accessibilité aux centres de prélèvements pour l'ensemble du Québec. Au Bas-Saint-Laurent, ceci représente la collecte d'informations pour 23 sites de prélèvements. La norme ministérielle concernant l'attente fixée des rendez-vous ne doit pas dépasser 14 jours. Elle est respectée dans 53 % des cas (44 % au Québec) pour un délai moyen de 19 jours (23 jours au Québec). Cependant, on doit interpréter cette information avec prudence puisque dans 94 % de ces cas, le centre avait une disponibilité à offrir (87 % des cas au Québec). De plus, l'évolution moyenne des jours d'attente est passée de 21,3 à 18,5 depuis l'instauration des enquêtes en 2009. Une seconde norme ministérielle veut que le temps réponse soit inférieur à 60 minutes en salle d'attente avant l'obtention de son prélèvement. Cette norme est respectée dans 94 % des cas (87 % des cas au Québec) pour un délai moyen de 18 minutes avec rendez-vous et de 40 minutes sans rendez-vous. À la lumière de ces données, nous pouvons affirmer que nous respectons dans une grande mesure les normes d'accès aux centres de prélèvements au Bas-Saint-Laurent. Chaque année, nous mettons également tout en œuvre pour amoindrir les écarts observés et améliorer l'accès.

Volet radiothérapie

En 2010-2011, le service de radiothérapie de l'Hôpital régional de Rimouski a traité 891 patients comparativement à 879 patients pour l'année précédente, ce qui représente une augmentation de 1,4 % de la clientèle desservie. En ce qui regarde le délai d'attente de ces patients, 98 % d'entre eux (873/891) ont commencé leurs traitements à l'intérieur du délai maximal d'attente de 4 semaines fixées par le Ministère. Les 18 patients identifiés comme hors délai ont, pour leur part, entrepris leurs traitements au cours de la cinquième semaine d'attente. Il est à noter que le service de radiothérapie a connu, à l'été 2010, un bris majeur sur l'un de ses appareils de traitement. Cet arrêt a duré plus de 10 semaines, provoquant ainsi d'énormes difficultés dans la planification des traitements alors dispensés. Ce bris est la cause qui a provoqué une diminution de plage de traitements en radiothérapie créant ainsi un impact significatif sur la durée d'attente en cette matière. D'ailleurs, les 18 patients identifiés comme hors délai sont la résultante des problèmes rencontrés lors de cette période de bris. Rappelons que la cible ministérielle est de 90 % de la clientèle traitée à l'intérieur de 4 semaines. Malgré une situation difficile en cours d'année, on constate donc l'excellente performance de cet établissement en regard de sa capacité à prendre en charge sa clientèle et lui offrir un plan de traitement en radiothérapie respectant les délais d'attente médicalement acceptable.

3.3.3 Les services de base et les services spécialisés de réadaptation pour les personnes ayant une déficience

Les services d'interprétariat et d'aide à la communication pour les personnes sourdes, sourdes aveugles, malentendantes ou entendants

Depuis mai 2010, un service d'interprétariat régional est offert à toute personne sourde, sourde aveugle, malentendante ou entendante, grâce à la présence d'une agente d'aide à la communication basée à Rimouski. Le rêve de rapprocher les services

de la clientèle est devenu réalité. Le Service régional d'interprétariat de l'Est-du-Québec (SRIEQ) coordonne ces services. Sa mission est d'accroître l'autonomie des personnes sourdes et malentendantes. Le service d'accompagnement s'adresse à la personne sourde, sourde aveugle ou malentendante afin de réduire les obstacles au plan de la communication et de favoriser sa pleine participation scolaire, professionnelle et sociale.

Au cours de la dernière année, les activités ont consisté à offrir et à promouvoir les services. L'agente d'aide à la communication a répondu à plus de 139 demandes d'accompagnement de personnes sourdes, malentendantes ou entendants. Elle a parcouru plus de 8 181 kilomètres afin d'assurer une couverture régionale pour répondre à 96 de ces demandes.

Voici la répartition des demandes qui ont été répondues :

- Plus de 38 demandes dans le domaine de la santé et des services sociaux;
- 21 demandes pour les services publics et parapublics;
- 37 demandes pour les services dans la communauté.

Parmi les 139 demandes, 43 d'entre elles ont été répondues en accueillant la personne sourde ou malentendante à nos bureaux de Rimouski ou par le biais d'un entretien téléphonique.

À la suite des rencontres promotionnelles, plus de 57 organismes des différents secteurs sont en mesure de référer la personne dans le besoin à ce nouveau service. Aussi, sur une base mensuelle, des cafés-rencontres ont lieu pour favoriser la vie associative à la fois auprès des personnes sourdes qui utilisent les gestes pour communiquer et auprès de celles qui sont malentendantes.

Les perspectives pour 2011-2012 :

- Accroître l'accès à ce service auprès de la clientèle cible, plus spécifiquement située en ruralité;
- Poursuivre la formule de café-rencontre auprès des groupes de personnes sourdes et malentendantes de la clientèle pour favoriser l'intégration sociale;
- Continuer les activités de démarchage et de promotion auprès des intervenants du domaine de l'éducation et des organismes communautaires qui offrent des services à la population dans un but de sensibilisation et d'information;
- Diffuser les documents promotionnels du SRIEQ dans la région.

Déficiences physique, déficiences intellectuelle et troubles envahissants du développement

Plan d'accès aux services des personnes ayant une déficience

Depuis novembre 2008, des travaux sont en cours pour implanter le plan d'accès dans les huit CSSS et les deux centres de réadaptation de notre région. Les principaux objectifs poursuivis par ce plan visent à améliorer l'accès et la continuité des services pour les personnes ayant une déficience. Il couvre les services offerts par les CSSS, le soutien à domicile et le soutien aux familles, ainsi que les services spécialisés offerts par les deux centres de réadaptation en déficience intellectuelle (DI), troubles envahissants du développement (TED) et déficience physique (DP).

L'appréciation du Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité est en cours. Les premiers résultats démontrent que :

- Quelques établissements ont réussi à implanter les principales mesures prévues au plan d'accès (AEO centralisé, une gestion centralisée et standardisée des listes d'attente et un suivi personnalisé de la personne en attente).
- Pour deux des huit CSSS, il existe un écart si l'on considère l'avancement des travaux d'implantation. Ils devront prévoir des mesures à court terme pour combler cet écart, entre autres, pour assurer le respect des délais d'accès et la gestion centralisée et standardisée des listes d'attente.

En résumé, les travaux régionaux consisteront à :

- Concrétiser la trajectoire de services en DI-TED entre les CSSS et le CRDITD par la mise en œuvre du modèle émergent;
- Pour les services en déficience physique, une partie de la trajectoire de services sera actualisée par la signature d'entente d'abord avec le CSSS de La Matapédia et le CRDP;
- Établir un plan d'action régional pour faciliter l'implantation des mesures telles que les mesures d'appoint, la gestion intégrée, l'intervenant pivot et les PSI (plan de services individualisé) aux périodes de transition.

En terminant, rappelons qu'au cours de la prochaine année, les établissements devront structurer leur offre de service afin de

répondre dans un délai respectable aux trois niveaux de priorité (urgent, élevé et modéré), un défi en soi.

3.4 La qualité des services et l'innovation

Gestion des risques

Toutes les mesures prévues dans le cadre du projet de loi n° 113, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux, sont en vigueur dans chacun des établissements de la région. Ainsi, ces derniers ont adopté une politique de divulgation des accidents, mis en place des règles concernant la déclaration obligatoire des incidents et accidents et maintenu un registre local prévu à cet effet. Le tout, chapeauté par un comité de gestion des risques opérationnel.

Cette année a été marquée par la mise en place d'une nouvelle version du Système d'information pour la sécurité des soins et des services (SISSS). Cette nouvelle application vise à alimenter le Registre national sur la sécurité des soins et des services et à mieux outiller les établissements dans une perspective d'atténuation des risques. À l'invitation du MSSS, l'Agence a tenu une session de travail et de formation sur le sujet avec les responsables de la gestion des risques et les pilotes de la nouvelle application informatique du SISSS.

Tous les établissements de la région ont signé une entente avec Sogique concernant l'hébergement des données du registre local dans l'application du SISSS. Soulignons que des travaux sont en cours afin que les établissements bénéficient d'un tableau de bord qui leur permettrait d'avoir accès à des outils d'analyse sur les incidents et accidents, dans une perspective d'atténuation des risques.

Comme par les années passées, à la demande des établissements de la région, l'Agence a eu recours à l'expertise d'une ressource externe spécialisée dans le domaine afin de soutenir les établissements sur les aspects cliniques, juridiques et organisationnels de la gestion des risques. Cette ressource a été à la disposition des établissements de la

région afin de répondre aux questions et conseiller les gestionnaires de risques des établissements. Au cours de l'année, les demandes d'information et d'aide ont été effectuées presque exclusivement par cinq CSSS de la région, sauf pour une, qui émanait de l'Agence.

Dans la presque totalité des cas, les réponses ont été fournies à l'intérieur d'un délai de 72 heures ouvrables. Dans les cas où les demandes exigeaient une recherche plus poussée, la gestionnaire de risques en était informée. Dans certains cas, la réponse était même donnée immédiatement ou dans la journée. Voici les principaux sujets abordés dans ces demandes de soutien :

- Enquête à la suite d'un événement;
- Déclaration des événements par certaines ressources privées;
- Validation de projet de rapport;
- Enquête à la suite d'un événement – préparation d'une divulgation;
- Événement sentinelle – révision d'une procédure en gestion des risques pour l'ensemble de l'établissement;
- Interprétation de l'échelle de gravité pour certains événements;
- Divulgation de différents événements;
- Outils d'analyse prospective des risques – définition de risques;
- Règles de fonctionnement d'un comité de gestion des risques;
- L'accès au dossier de la gestion des risques lors d'enquête policière ou du coroner.

Par ailleurs, après consultation des établissements, nous avons constaté qu'il y avait des besoins de formation pour les nouveaux membres des comités de gestion des risques des établissements. Afin de répondre à ce besoin, nous prévoyons organiser une session de formation sur le sujet au début de la prochaine année.

En lien avec la gestion des risques en obstétrique, les six CSSS de la région offrant

des services d'obstétrique ainsi que la Maison des naissances Colette-Julien relevant du CSSS de La Mitis ont mis en place le programme AMPRO (approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux) sous la gouverne de l'Association canadienne des obstétriciens et gynécologues. À la suite de leur adhésion à ce programme, les activités de formation ont débuté entre novembre 2010 et avril 2011 et elles se poursuivront tout au long des trois années de formation. Au total, plus de 200 participants sont inscrits à cette formation qui vise à accentuer l'approche multidisciplinaire et le travail d'équipe par différentes activités d'apprentissage dans les établissements.

Suivi des recommandations du coroner

Lorsqu'une mort survient dans des circonstances particulières, une enquête du coroner en détermine la cause. Celui-ci formule par la suite des recommandations visant à éviter la récurrence de ce type d'événement.

Il arrive que le réseau de la santé et des services sociaux soit visé par les recommandations des coroners. Pour l'année 2010-2011, nous avons reçu dix rapports de coroner, dont huit visaient quatre établissements de la région et deux concernaient l'Agence; les recommandations ont été prises en considération.

Agrément des établissements

En 2010-2011, quatre établissements ont été visités dans le cadre du processus de renouvellement de l'agrément de leur établissement. Il s'agit des CSSS de La Matapédia, de Témiscouata et des Basques, de même que le CRDI du Bas-Saint-Laurent. La démarche s'est conclue de manière satisfaisante puisque ces établissements ont obtenu un agrément pour une période de trois ans.

Visites ministérielles d'appréciation de la qualité des services

Cette année, aucune visite ministérielle n'a été réalisée dans la région. Au total, 10 plans

d'amélioration faisaient toujours l'objet d'un suivi par l'Agence pour des établissements visités antérieurement. Le 31 mars dernier, considérant le degré de réalisation des recommandations visant à améliorer le milieu de vie, nous avons recommandé au MSSS l'inactivation de cinq dossiers. Les rapports de visite peuvent être consultés sur le site Web de l'Agence à l'adresse suivante : www.agencessbsl.gouv.qc.ca, dans la section Documentation – Rapports de visite.

La certification des résidences pour personnes âgées

Cent soixante-quatre résidences sont présentement inscrites au registre des résidences pour personnes âgées. Comme la période de validité de la grande majorité des certificats délivrés par l'Agence était de deux ans, au 31 mars 2011, presque toutes ces résidences étaient en processus de renouvellement ou en voie d'obtenir leur certificat. Ce nouveau certificat sera alors valide pour trois ans. Quelques résidences, récemment ouvertes ou vendues, sont en processus afin d'obtenir un certificat de conformité.

Au cours de l'année, l'Agence a réalisé des visites de suivi dans des résidences certifiées. Ces interventions ont principalement été effectuées à la suite de signalements reçus de la part d'établissements ou de demandes en ce sens du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services de l'Agence. Il était alors question de vérifier le respect des critères liés à la délivrance d'un certificat de conformité dans les résidences visées. Il est à noter qu'à la suite de ces interventions, l'Agence a effectué une inspection au sens de l'article 346.0.8 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux dans une résidence, ce qui a permis de régulariser les faits soulevés. Dans une autre situation, l'intervention s'est soldée par la révocation du certificat de conformité d'une résidence pour personnes âgées de la région. Ces interventions s'ajoutent à celles du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services.

3.5 Le développement de la mission universitaire médicale au Bas-Saint-Laurent

Le projet visant l'implantation d'un campus clinique satellite au CSSS de Rimouski-Neigette va bon train. Ce projet, qui permet d'offrir aux étudiants de la Faculté de médecine de l'Université Laval l'occasion d'effectuer leur externat dans le Bas-Saint-Laurent, est maintenant une réalité et la mission d'enseignement universitaire à l'externat est présente de manière considérable dans cet établissement. Pour l'année 2010-2011, ce campus clinique satellite a accueilli 12 externes, soit 9 de 1^{re} année et 3 de seconde. Le nombre de semaines de stage est ainsi passé, en une seule année, de 260 à 454 semaines de stage à l'externat, ce qui représente une augmentation de 75 %. Cet accroissement se poursuivra pour l'année 2011-2012 puisque ce campus accueillera 18 externes à compter de septembre 2011.

Ce succès est principalement attribuable à la motivation et à l'engagement des médecins du CSSS de Rimouski-Neigette qui ne ménagent pas leurs efforts afin d'offrir un enseignement de qualité et de rendre ce milieu de stage attractif. Notons que pour la cohorte 2011-2012, le campus clinique satellite de Rimouski a été le premier choix de la totalité des étudiants qui viendront effectuer leur externat dans ce site.

Afin de consolider ce projet et tenir compte de ses impacts dans l'organisation des services médicaux, des travaux ont été menés pour identifier les besoins tant en ressources humaines qu'en immobilisations. Ainsi, dans un

premier temps, le Ministère a confirmé en avril 2010 une allocation budgétaire qui permet à l'établissement d'ajuster ses ressources humaines pour tenir compte des ajustements nécessaires à cet égard. Également, une autre allocation budgétaire a été accordée pour effectuer des travaux immobiliers urgents afin de pouvoir accueillir les premières cohortes d'étudiants.

D'autre part, un tel projet amène l'établissement à revoir son plan directeur immobilier. Une demande de reconnaissance de besoin clinique a donc été présentée au Ministère afin de justifier les réaménagements physiques proposés. Fort de l'avis favorable reçu, un plan d'intervention immobilier a été par la suite présenté pour préciser la nature des travaux envisagés. En février 2010, le ministre a donné son autorisation sur ce plan d'intervention immobilier et accordé son aval pour l'élaboration d'un plan fonctionnel et technique évalué à 35,8 millions de dollars.

Enfin, concernant le développement de la mission universitaire au CSSS de Rimouski-Neigette, des échanges ont eu lieu avec les autres CSSS de notre région et le CSSS Rocher-Percé pour établir des partenariats permettant d'identifier, en complémentarité, des milieux de stage dans ces établissements. Ces échanges sont prometteurs et on dénote un engagement positif des organisations afin de soutenir l'enseignement médical dans l'Est-du-Québec.

3.6 L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines

Le développement régional des ressources humaines

Dans le cadre de sa mission concernant le développement des compétences du personnel œuvrant dans les établissements de notre région, l'Agence compte sur la collaboration de trois comités régionaux, soit le Comité de coordination et de concertation

régional en ressources humaines des établissements, le Comité régional de développement du personnel d'encadrement et le Comité régional de développement du personnel syndiqué. Ces comités identifient les formations nécessaires au rehaussement des compétences et visent à mieux outiller nos ressources pour répondre aux attentes et relever les défis de notre réseau.

Le personnel d'encadrement

Pour l'année 2010-2011, le budget de développement des compétences du personnel d'encadrement s'élevait à 251 775 \$. Une portion du budget, soit 62 945 \$, a été retenue à l'Agence pour soutenir les activités régionales de développement. Le solde a été réparti au prorata du nombre de cadres équivalent temps complet dans chacun des établissements au 31 mars 2010.

Malgré les effets du projet de loi n° 100 et ses coupures de 25 % dans les budgets de formation, les items suivants ont été priorisés : terminer la maîtrise en gestion des organisations pour un groupe de 18 gestionnaires; démarrer la maîtrise en gestion des organisations pour la cohorte de relève de cadres intermédiaires, soit 11 personnes qui ont terminé le diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS) en juin 2010; démarrer, pour 30 participants, un microprogramme de 2^e cycle en gestion pour la relève de cadres intermédiaires, ce qui représente 882 jours de formation pour les 3 groupes. Les investissements sont partagés entre l'Agence, les établissements et les participants. S'ajoute le démarrage du programme de formation continue « Actualisation des compétences d'encadrement » avec l'Université du Québec à Chicoutimi et l'Université du Québec à Rimouski afin de faciliter l'intégration à la fonction d'encadrement de 32 jeunes cadres en poste depuis 3 ans et moins.

Lorsque pertinent, le personnel d'encadrement participe aussi aux formations fournies dans les différents secteurs cliniques et autres, conjointement avec les professionnels du réseau. D'autre part, une formation régionale a été organisée pour les directeurs généraux et les membres des comités de direction des établissements sous le thème « Approche Lean ». Cette formation présente une démarche structurée afin de réviser les processus de travail et d'optimiser l'organisation des services.

Le personnel syndiqué du réseau

L'Agence assure la promotion et la diffusion des programmes québécois de formation

élaborés par le Ministère et travaille conjointement avec les responsables des établissements pour la mise en œuvre selon les priorités régionales et locales.

Afin de consolider le développement des compétences et la mise en place de nouvelles pratiques, approches et technologies, l'Agence a investi 488 714 \$ dans divers programmes touchant les soins infirmiers dont « Agir », destiné aux préposés aux bénéficiaires, et « Thérapie intraveineuse », offert aux infirmières auxiliaires. De plus, des programmes concernent la santé mentale et dépendance, les personnes âgées en perte d'autonomie, le secteur enfance-jeunesse-famille, les maladies chroniques, la sécurité civile, la planification de la main-d'œuvre, la qualité des services et la préparation à la retraite. Au total, quelque 60 thèmes de formation ont été offerts.

Également, une formation destinée aux assistants techniques en pharmacie est en préparation, en collaboration avec le Service de formation continue du Cégep de Rivière-du-Loup, afin de rehausser les compétences des employés actuellement en emploi.

Planification de la main-d'œuvre

La planification de la main-d'œuvre revêt une grande importance au plan régional. Depuis plusieurs années, notre région se soucie de cet aspect et c'est un ensemble d'actions qui a permis de mieux composer avec le contexte actuel de la main-d'œuvre. Des rencontres ont eu lieu avec les principaux partenaires de la région (directeurs généraux et directeurs des ressources humaines des établissements, commissions scolaires, cégeps, UQAR, syndicats régionaux, représentants du MSSS) qui ont été conviés à tour de rôle afin d'échanger sur les grands enjeux régionaux. Les données recueillies ont permis l'actualisation de notre plan d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre et de déterminer les zones de priorités à dégager pour les axes d'interventions locales et régionales. La participation et la collaboration de l'ensemble des intervenants sont essentielles pour traverser les défis de main-d'œuvre.

À partir du nouveau modèle de gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre établi par le Ministère dans son cadre normatif, l'Agence a soutenu les établissements dans la production de leur état de main-d'œuvre locale. Cet exercice a permis à l'Agence de dresser le Plan de main-d'œuvre régional 2010-2011 et d'identifier les titres d'emploi en pénurie et en vulnérabilité. La pénurie touche principalement les emplois suivants : pharmacien, audiologiste, orthophoniste, ergothérapeute, psychologue, technologue en médecine nucléaire et technicien en électrophysiologie médicale. En ce qui concerne l'aspect vulnérabilité, il atteint généralement les équipes de soins incluant les infirmières, les infirmières auxiliaires, les préposés aux bénéficiaires ainsi que les inhalothérapeutes. Les équipes psychosociales se retrouvent également dans des situations de vulnérabilité, principalement pour les titres d'emploi de travailleur social et d'agent de relations humaines. Des stratégies d'action ont été mises en place pour favoriser l'attraction, la rétention de la main-d'œuvre et l'utilisation optimale de ces ressources.

De plus, à travers l'exercice « Plan d'intervention de main-d'œuvre » (PIMO), les partenaires présents dans nos différentes rencontres ont développé des pistes d'action cohérentes avec la réalité actuelle et le « Plan prévisionnel des effectifs » (PPE) pour les catégories d'emploi présentées. Le Bas-Saint-Laurent doit se démarquer et utiliser différentes stratégies d'actions pour être en mesure d'attirer et de retenir les ressources humaines qui sont sollicitées de toutes parts.

Pour une deuxième année, et ce, en collaboration avec la Fondation de l'UQAR, quatre bourses d'études financées par l'Agence ont été remises à des étudiantes inscrites dans les programmes reliés au secteur de la santé et des services sociaux à l'UQAR. Cette entente de 5 ans prévoit des bourses de 1 000 \$ par étudiant.

Soutien financier en soins infirmiers

L'embauche d'étudiants en soins infirmiers par les établissements durant l'été fait partie du plan d'attraction et de rétention de la main-

d'œuvre. Cet ajout de ressources apporte un nouveau souffle dans les équipes de travail, en plus d'être une excellente mesure d'attraction. Consciente de l'importance de ce programme, l'Agence a financé la supervision clinique des étudiants de 2^e année (externes) et de 3^e année (candidates à l'exercice de la profession infirmière) pour la période estivale 2010. Ce sont 15 projets au total qui ont été financés par l'Agence pour un montant de 177 511 \$ et 109 étudiants ont pu bénéficier d'un accompagnement professionnel particulier leur permettant de développer plus rapidement leur autonomie et leur confiance en soi.

Pour la troisième année consécutive, 2 établissements ont reçu un budget de 25 000 \$ de l'Agence pour l'organisation d'ateliers de préparation à l'examen de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour toutes les candidates à l'exercice de la profession infirmière. Ces ateliers ont pris la forme de trois journées de préparation de l'examen sous forme d'examen cliniques objectifs structurés (ECOS) ainsi qu'un temps de formation sur la gestion du stress. Le taux de réussite de l'examen de l'Ordre se situe à 75 % pour cette année. Afin de soutenir davantage les candidates dans leur préparation à l'examen de l'Ordre, une refonte est en cours de manière à produire un processus de soutien à l'ensemble des étudiantes en soins dans les établissements de santé. Pour ce faire, une planification d'activités sur trois ans de stage est proposée. Les principaux éléments abordés sont la préparation à l'étude, la gestion du stress, la préparation à l'intégration d'un milieu de travail et le travail au sein d'une équipe.

Le Programme national de soutien clinique — Volet préceptorat

Le programme national de soutien clinique – Volet préceptorat fait partie d'une stratégie de main-d'œuvre et a pour but de développer le soutien clinique par l'entremise d'un accompagnement professionnel. Le préceptorat, basé sur une méthode d'enseignement et d'apprentissage, vise à aider les infirmières et infirmières auxiliaires à acquérir les compétences nécessaires au

moyen d'une surveillance directe et circonscrite dans le temps. L'objectif du programme est d'offrir hebdomadairement un temps de préceptorat aux infirmières et infirmières auxiliaires ayant moins de trois ans d'expérience et travaillant sur les quarts de soir et de nuit.

L'année 2010-2011 devait être consacrée à la mise en œuvre des programmes de préceptorat développés dans la région l'année dernière par la mise en commun des expertises et des ressources régionales. Pour ce faire, l'Agence a soutenu la formation d'une ressource régionale et celle-ci a formé 16 nouvelles préceptrices en plus des 42 préceptrices formées l'année précédente. Il est à noter que 85 % des préceptrices formées ont abandonné le programme. Ceci a eu pour effet de ralentir l'implantation. Malgré tout, nos partenaires démontrent un grand intérêt pour le programme de préceptorat. Les établissements ont utilisé 68 000 \$ en 2010-2011 sur un budget de 210 000 \$.

Les mesures administratives applicables au personnel clinique et autres mesures incitatives

Les mesures administratives particulières applicables au personnel clinique ont été reconduites pour la période 2010-2011 et un budget de 46 500 \$ a été accordé pour la région. Seule la prime pour un quart de travail supplémentaire était applicable cette année et visait l'augmentation de la disponibilité du personnel clinique pendant la période estivale. Un montant global de 56 190 \$ a été utilisé pour le paiement de cette prime, les coûts excédentaires devant être assumés par les établissements concernés.

Les primes instaurées depuis l'été 2009, soit les mesures de valorisation temporaires pour la profession d'infirmière, sont toujours disponibles. Ces primes de 3 000 \$ et 2 000 \$ par année sont destinées aux nouvelles infirmières et infirmières auxiliaires qui offriront la disponibilité minimale exigée par le Ministère. Également, une prime de 8 000 \$ sera versée à l'infirmière qui acceptera de reporter d'une année la prise de sa retraite.

Le Ministère autorise toujours le versement d'une prime de 7 % aux infirmières des urgences et des soins intensifs, et ce, afin d'atténuer les effets de la pénurie d'infirmières plus particulière dans les secteurs critiques des établissements comptant un volume d'activités plus important. Seulement deux établissements sont autorisés à appliquer cette mesure au Bas-Saint-Laurent, soit les CSSS de Rimouski-Neigette et de Rivière-du-Loup.

Primes de recrutement et de maintien en emploi et forfait d'installation aux pharmaciens en établissement

Pour atténuer la pénurie de pharmaciens en région, 2 forfaits d'installation de 17 500 \$ ont été versés au CSSS de Rimouski-Neigette et un de 10 000 \$ a été alloué au CSSS de Rivière-du-Loup. Malgré cet ajout, la région est toujours en pénurie de six pharmaciens.

Service régional de main-d'œuvre (SRMO)

Le SRMO a traité 1 043 requêtes dans l'année 2010-2011. Nous observons 23 personnes inscrites sur la liste de salariés disponibles au 31 mars 2011 en sécurité d'emploi, comparativement à 3 l'an dernier. Cette augmentation est attribuable à la révision de l'organisation du travail dans certains établissements. Du côté des cadres en stabilité d'emploi, une personne figure sur la liste au 31 mars 2011.

La coordination des stages

Les rencontres habituelles de juin et décembre se sont tenues conformément au calendrier établi. Le sous-comité régional de coordination des stages a comme mission première de s'assurer que le nombre de stages offerts est suffisant pour accueillir tous les stagiaires dans la région. Ce sous-comité est composé des représentants des ressources humaines des établissements de santé et de services sociaux et des représentants des maisons d'enseignement (commissions scolaires,

cégeps et université). De plus en plus, ce lieu d'échange permet de discuter de différents dossiers communs et de partager des expériences positives vécues dans les établissements.

Valorisation

Au cours des deux dernières années se sont tenues deux semaines thématiques de valorisation et de reconnaissance des professions reliées au domaine de la santé dans l'ensemble des établissements. Après évaluation de ces activités, un sous-comité de travail a été créé afin de revoir les stratégies d'action à déployer. Des travaux ont été entrepris afin de convenir d'un plan de communication régional portant sur la promotion et la valorisation de la main-d'œuvre au Bas-Saint-Laurent. Ce plan met particulièrement en perspective les objectifs stratégiques suivants :

- Faire face aux défis de main-d'œuvre actuels et anticipés dans les établissements de santé et de services sociaux;
- Promouvoir l'accès à des emplois de qualité et valorisants dans le secteur de la santé;
- Véhiculer un message d'espoir et de motivation pour le personnel des établissements; non seulement le personnel souhaite participer aux diverses activités, mais il constate que des actions concrètes sont menées pour assurer la relève dans les prochaines années.

Notons qu'une « Journée carrière en santé » prévue le 17 novembre 2011 est l'événement phare du plan de communication sur la promotion et la valorisation de la main-d'œuvre dans le réseau de la santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Ce plan est aussi une occasion stratégique de réunir et d'impliquer les partenaires (établissements de santé de la région, partenaires du milieu de l'éducation, leaders et collaborateurs de notre région) autour d'une démarche de concertation et de coordination régionale afin de promouvoir et de valoriser les emplois dans le domaine de la santé et de valoriser la région du Bas-Saint-Laurent.

Organisation du travail

En juin 2008, le CSSS de La Matapédia s'engageait dans un projet d'organisation du travail novateur en soins infirmiers. Le MSSS appuie ce projet par une subvention non récurrente de 399 000 \$, et ce, dans le cadre d'une série de mesures mises de l'avant par le MSSS comme levier aux défis de main-d'œuvre que connaît le réseau de la santé. Le CSSS de La Matapédia s'est donc engagé dans ce projet dans une forme paritaire en collaboration avec les syndicats concernés, afin de déployer de façon optimale les équipes de travail en soins infirmiers à la Résidence Marie-Anne Ouellet, un CHSLD de 96 places. Ce projet a été finalisé le 4 novembre 2010 lors d'une visite des représentants du MSSS, de l'Agence, de l'équipe de projet ainsi que de plusieurs membres de la Direction. Le CSSS de La Matapédia a ensuite déposé un rapport final mettant en lumière le succès de ce projet et l'impact réel dans la réorganisation des soins infirmiers à la Résidence Marie-Anne Ouellet.

Il est important de mentionner que ce projet n'est pas une fin en soi, mais bien une étape importante dans un processus continu et évolutif permettant au personnel en soins infirmiers de s'impliquer selon ses compétences dans des soins de santé de qualité. Nous souhaitons partager les apprentissages et les outils de cette expérience enrichissante avec l'ensemble des établissements de la région afin d'inspirer la réflexion et les actions dans l'organisation du travail en CHSLD.

De plus, dans le cadre de projets d'organisation du travail soutenus par le MSSS pour le personnel de la catégorie 4 (techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux), 5 projets ont été déployés dans différents établissements de notre région, pour un total de 159 759 \$. Ceux-ci ont été réalisés essentiellement dans le secteur de la réadaptation ainsi que dans un laboratoire. Plusieurs éléments ont été explorés afin d'optimiser le fonctionnement des équipes de travail, toujours dans une optique d'amélioration continue des services offerts à la population.

Ces projets d'organisation du travail ont l'avantage d'être exportables dans d'autres régions du Québec et constituent une expérience importante dans le contexte des défis de main-d'œuvre que vit le réseau de santé.

Climat de travail

Les établissements ont été sensibilisés au « Programme de santé des organisations et des individus » (PSOI) du MSSS. L'offre du PSOI porte sur la gestion de la présence au travail dans le réseau (soutien aux établissements), la gestion de l'information reliée à la présence au travail (gestion de la base de données, élaboration et suivi des indicateurs de gestion), la coordination des approches touchant le climat de travail et la santé organisationnelle (Planetree, HPS, Entreprise en santé, etc.) et, finalement, l'intégration des approches avec le processus d'agrément. L'accompagnement par le MSSS est toujours disponible pour les établissements intéressés.

Le projet d'expérimentation Planetree au CSSS de La Mitis se poursuit. Axé sur une approche humaniste contribuant à l'attraction et à la rétention de la main-d'œuvre dans l'établissement, ce projet fait l'objet de suivi annuel et porte sur des indicateurs précis fixés par le Ministère.

D'autre part, l'Agence s'est engagée dans la démarche *Entreprise en santé* depuis l'automne 2010. Cette démarche vise à maintenir et à améliorer l'état de santé globale et le mieux-être du personnel de l'Agence de la santé et des services sociaux en regard des quatre sphères suivantes : pratiques de gestion, environnement de travail, conciliation travail / vie personnelle et habitudes de vie.

Service régional en prévention et promotion de la santé des travailleurs

Le Service régional en prévention et promotion de la santé des travailleurs offre les services professionnels de deux ressources, soit

un conseiller en prévention et en réadaptation en santé et sécurité au travail et un psychologue organisationnel.

En plus des services de soutien-conseil aux établissements de la région, le psychologue organisationnel participe à l'élaboration du « guide du stagiaire » en soins œuvrant dans les établissements de santé, contribue à l'analyse des données de mobilisation de l'agrément et collabore à la conceptualisation du projet de programme de retour au travail adapté PRATA Plus.

Les résultats obtenus par les établissements de la région en regard de la gestion de la présence au travail démontrent une légère augmentation de 0,14 % du taux d'absentéisme à la période 13. Le résultat atteint au 31 mars par la région s'établissait à 5,64 %, comparativement à la cible de l'entente de gestion de 5,50 %. Cinq établissements dépassent la cible fixée initialement en début d'année.

Les motifs d'absence en assurance salaire se répartissent comme suit.

Médecine	24,4 %
Chirurgie	7,3 %
Psychologique	35,04 %
Musculo-squelettique	25,7 %
Oncologie	6,03 %
Autres	1,72 %

Fréquence et gravité régionale des lésions professionnelles en 2010-2011

Les données régionales reliées aux lésions professionnelles sont encourageantes pour l'année 2010-2011. En effet, le nombre d'accidents pour l'ensemble des établissements est de 263, comparativement à 296 accidents pour l'année précédente. L'indice de fréquence des lésions a quant à lui diminué de 1,66 accident par million de masse salariale déclarée à la CSST en 2002-2003, pour se situer à 1,02 en 2010-2011.

La gravité des lésions professionnelles a également diminué de 45 %, passant de 7 068 \$ imputés par million de masse salariale déclarée à la CSST en 2004-2005 à 3 857 \$ en 2010-2011.

Projet de soutien professionnel en réadaptation des travailleurs aux prises avec des troubles musculo-squelettiques

Un projet autofinancé visant l'ajout d'un professionnel affecté à la réadaptation des travailleurs vivant avec des limitations a vu le jour, en octobre 2008, à la suite d'une décision de la Table des directeurs généraux. Le Programme de retour au travail adapté spécifique (PRATA) est venu s'ajouter aux services déjà offerts en promotion et prévention de la santé des travailleurs. Il vise à améliorer les conditions de retour au travail tout en minimisant les risques de rechutes ou d'aggravation des motifs d'absence, en plus d'améliorer les habiletés des intervenants en santé et sécurité au travail dans ce type de dossiers.

Le projet PRATA offre du soutien aux intervenants des établissements dans les dossiers de troubles musculo-squelettiques (TMS) des employés présentant des difficultés de retour au travail. Ce programme a été financé par l'Agence à 100 % la première année, à 75 % la seconde année et à 25 % par les établissements. Neuf établissements sur dix participent à ce projet.

Une évaluation après 24 mois d'utilisation donne les constats suivants :

- Une diminution de plus de 500 000 \$ des coûts d'absence globale dans les 9 établissements participant au programme en 2009-2010;
- Une réduction de la durée des absences de 31 % entre 2006-2008;
- Une baisse du coût moyen d'absence de 24 % depuis 2006;
- Un total de 72 travailleurs soutenus avec PRATA depuis octobre 2008 et 90 travailleurs depuis 2006;
- Dans 90 % des cas, le PRATA s'étend sur moins de 4 mois, à raison d'une rencontre par mois;
- Une nouvelle dynamique en place dans les organisations.

Le programme est jugé de façon très positive par l'ensemble des acteurs impliqués (travailleurs, gestionnaires, intervenants syndicaux et intervenants en santé et sécurité au travail) et la moyenne du niveau de satisfaction est supérieure à 90 %.

Les facteurs de succès reposent sur l'instauration d'un climat de confiance, la prise de décision en mode consensuel, le partage de l'information tout au long du processus et sur une nouvelle répartition des tâches et des responsabilités.

Le projet TMS a été reconduit sur une base permanente avec l'ajout du volet de santé psychologique pour une période de deux ans. La proportion des absences pour TMS se situe à environ 25 % tandis que celle pour motifs psychologiques représente 38 % en 2009-2010, pour un total de 63 % des absences.

Un cadre de référence incluant un coffre à outils ainsi que la planification 2011-2013 est en élaboration pour soutenir le programme PRATA Plus.

Finalement, soulignons que le Service régional en prévention et promotion de la santé des travailleurs est toujours à la recherche d'améliorations, et ce, dans une optique d'efficience de ses services. Ainsi, tout en demeurant disponible pour des interventions spécifiques (ergonomie, évaluation situation de travail, soutien en psychologie organisationnel, réadaptation, etc.), la réflexion se poursuit sur les moyens à déployer pour optimiser le soutien aux organisations dans l'acquisition des compétences nécessaires à la prise en charge de la prévention et de la promotion en santé et sécurité au travail et en qualité de vie au travail. Cette réflexion doit tenir compte de la réalité, de l'évolution et des besoins stratégiques déterminés par chaque organisation.

3.7 Le développement des systèmes d'information en appui à l'offre de service

L'intégration des services ne peut véritablement se faire sans le déploiement de systèmes d'information qui les appuient. Chaque professionnel doit avoir en temps réel l'information sur chaque client desservi, et chaque gestionnaire doit pouvoir disposer, au besoin, d'informations sur les services rendus en temps opportun. Cela suppose d'importantes améliorations au regard de la collecte, du traitement et de la circulation des informations électroniques. La mise en place des systèmes d'information doit donc garantir l'accessibilité, la disponibilité, l'intégrité, la confidentialité et la sécurité des informations.

Au cours de l'année 2011, le conseil d'administration de l'Agence a adopté le *Plan stratégique régional des ressources informationnelles 2010-2015*. Ce plan a fait l'objet de nombreuses consultations auprès des différents acteurs du réseau et a notamment fait ressortir deux orientations majeures :

- L'accès et le partage de l'information clinique au niveau local et régional;

- La révision de la gouvernance des ressources informationnelles dans le sens d'une responsabilité partagée (local et régional).

Certains travaux découlant du plan stratégique ont été menés, dont :

- Le rehaussement des systèmes de laboratoire;
- La mise en place progressive d'une identification unique des usagers;
- Le déploiement d'un applicatif supportant le réseau de service intégré pour les personnes âgées;
- La poursuite des projets pilotes tels que la gestion informatisée en prévention des infections et la gestion administrative informatisée en maintien à domicile.

3.8 La performance globale du système de santé et de services sociaux

Les ressources financières

Au cours de l'exercice financier, les établissements du réseau de la santé ont consacré beaucoup d'énergie pour atteindre les objectifs fixés par le projet de loi n° 100 : Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette, soit de réduire sur une période de 4 ans les dépenses administratives à 90 % de celles de l'exercice financier 2009-2010. Régionalement, l'effort demandé est de 5,3 M\$, dont 1,2 M\$ a été appliqué en 2010-2011. Globalement, le réseau régional a terminé en équilibre budgétaire pour l'exercice financier 2010-2011.

D'autre part, pour l'exercice financier 2011-2012 et les suivantes, le réseau régional est convié à un nouveau défi, celui de limiter la croissance des dépenses à 5 % annuellement. Dans cette perspective, des travaux ont été réalisés par les établissements de la région et l'Agence afin de déterminer des pistes d'optimisation permettant l'atteinte de la cible fixée. Ainsi, 27 chantiers d'optimisation sont prévus au cours de la prochaine année.

Les ressources matérielles

Le réseau régional de santé et de services sociaux évolue dans un univers matériel dont l'utilisation optimale requiert une planification des plus adéquates possible. Nous estimons

nécessaire, dans le présent exercice, de réaliser un Plan directeur immobilier intégrant les composantes locales et régionales. Ce plan comporte deux éléments :

Le maintien du parc immobilier

Le maintien de ses infrastructures dans un état conforme et sécuritaire est impératif. Pour ce faire, l'élaboration d'un plan directeur du maintien des actifs est un outil incontournable pour tous les établissements. En effet, le bilan de l'état des installations et l'analyse objective de criticité permettront aux établissements de prioriser adéquatement les montants à investir dans leur planification triennale, tout en maintenant une perspective sur 10 ans. L'ensemble des établissements aura complété l'exercice de planification au 30 juin 2011.

L'évolution du parc immobilier

Dans un souci de répondre aux besoins évolutifs cliniques et immobiliers de sa région, l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent a entrepris, avec les dix établissements de la région, une démarche de planification immobilière. Chaque établissement doit produire un plan d'évolution du parc immobilier. Au cours de l'exercice 2010-2011, quatre plans directeurs immobiliers ont été ou sont en voie de réalisation.



Chapitre 4 – Organismes communautaires

4.1 Le contrôle de la conformité

Le cadre de référence du Ministère concernant la reddition de comptes dans le cadre du soutien à la mission globale du Programme de soutien aux organismes communautaires est à sa première année d'application. Afin de s'assurer du respect de ce cadre par les organismes communautaires, des validations ont été effectuées en regard du contenu du rapport annuel d'activité, de la conformité des états financiers et des documents à transmettre à l'Agence, à savoir :

- La preuve de l'assemblée générale annuelle des membres et d'une séance publique d'information;

- Le rapport d'activité du dernier exercice financier complété, présenté à l'assemblée générale annuelle de l'organisme;
- Le rapport financier du dernier exercice financier complété, signé par deux administrateurs et présenté à l'assemblée générale annuelle de l'organisme;
- Les priorités de l'année suivante;
- Les données informatives.

Aussi, des demandes d'informations ont été adressées à une quinzaine d'organismes qui présentaient un surplus non affecté de plus de 25 % des dépenses réelles de l'année et une absence de notes pour les affectations d'origine interne.

4.2 Le bilan des interventions réalisées

Au cours de la présente année, l'Agence a analysé le dossier de cinq organismes qui avaient déposé une demande de reconnaissance à titre d'organisme œuvrant en santé et en services sociaux et au soutien financier. De ce nombre, le conseil d'administration de l'Agence a reconnu un organisme œuvrant en santé et services sociaux, mais non aux fins du financement.

Par ailleurs, un budget de développement de 245 000 \$ a été distribué aux organismes communautaires. Au total, 22 organismes se sont partagé ce montant. Ils œuvrent principalement en santé mentale, en perte d'autonomie liée au vieillissement et en déficience physique et intellectuelle. Aussi, des sommes ont été consenties sous forme de projets afin d'assurer la participation de représentants d'organismes à des colloques et à des formations ou de répondre à un besoin ponctuel.

Des ententes de services pour des activités spécifiques sont signées avec des organismes communautaires afin d'actualiser certains volets de leur mission. Les ententes en regard des aides techniques et du projet « Mangez mieux » sont dans leur dernière année d'application. Elles devront faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi.

Un projet de recherche financé par le programme de subvention en santé publique a été signé avec le Centre d'action bénévole de la région de Rimouski. Cette recherche vise le recrutement des bénévoles dans les centres d'action bénévole de la région. Elle va permettre de dresser le portrait des besoins de chaque centre et d'identifier les motivations des bénévoles. À terme, les centres pourront disposer d'un bassin de personnes bénévoles.

Par ailleurs, le comité permanent de liaison s'est réuni à une reprise. Il a surtout été question du financement des organismes communautaires.

Chapitre 5 – Données financières 2010-2011

5.1 Les résultats financiers de l'Agence

Rapport de la direction sur les états financiers de l'Agence

Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au *Manuel de gestion financière* édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

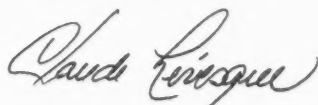
Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a à approuver les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le Comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le vérificateur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

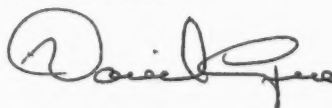
Le vérificateur externe a procédé à la vérification des états financiers de l'Agence, conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada, et son rapport des vérificateurs expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion. Le vérificateur externe peut, sans aucune restriction, rencontrer le Comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne la vérification.

Le président-directeur général,



Claude Lévesque

Le directeur des ressources financières
et matérielles,



Daniel Lévesque, CA



**Rapport de l'auditeur indépendant sur
les états financiers résumés**

Raymond Chabot Grant Thornton

SEACEL

2e étage

165, avenue Beizile

Rimouski (Québec) G5L 8Y2

Téléphone : 418 722-4611

Télécopieur : 418 722-4004

www.rcgt.com

Aux membres du conseil d'administration de
l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent les bilans du fonds d'exploitation, d'immobilisations des activités régionalisées et affectés au 31 mars 2011, l'état des résultats et de soldes de fonds des mêmes fonds pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent pour l'exercice terminé le 31 mars 2011. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 15 juin 2011 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait par conséquent se substituer à la lecture des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2011-027 (03.01.61.26) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

A notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent pour l'exercice terminé le 31 mars 2011 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2011-027 (03.01.61.26) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent pour l'exercice terminé le 31 mars 2011.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent au 31 mars 2011 ainsi que des résultats de ses activités et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Rimouski
Le 31 août 2011

¹ Comptable agréé auditeur permis n° 18087

États des résultats des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations

Fonds d'exploitation

Exercice terminé le 31 mars 2011 — AUDITÉE

RÉSULTATS

		Activités principales		Activités accessoires	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
PRODUITS					
Subventions MSSS :					
Budget signifié	01	6 759 446 \$	6 865 441 \$		
(Diminution) ou augmentation du financement	02		23 300 \$	46 797 \$	
Variation des revenus reportés — MSSS	03	(203) \$	335 \$	(46 362) \$	
Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances	04	21 853 \$	(9 499) \$		
Total (L.01 à L.04)	05	6 781 096 \$	6 879 577 \$	435 \$	
Revenus de placements	06	14 788 \$	6 879 \$	18 363 \$	10 387 \$
Revenus commerciaux	07				
Revenus d'autres sources :					
Recouvrements	08	162 291 \$	102 490 \$	36 901 \$	41 349 \$
Ventes de services	09				
Subventions du gouvernement fédéral	10				
Autres subventions	11	101 309 \$	95 247 \$	102 732 \$	17 692 \$
Autres revenus	12	151 681 \$	175 669 \$		
Total des produits (L.05 à L.12)	13	7 211 165 \$	7 259 862 \$	158 431 \$	69 428 \$
CHARGES D'EXPLOITATION					
Salaires	14	3 779 905 \$	4 061 671 \$	24 240 \$	
Avantages sociaux	15	988 883 \$	900 699 \$	2 628 \$	
Charges sociales	16	532 065 \$	542 257 \$	3 299 \$	
Frais de déplacement et d'inscription et dépenses C.A.	17	134 506 \$	192 571 \$	1 512 \$	347 \$
Services achetés	18	562 207 \$	431 064 \$	94 332 \$	58 887 \$
Communications	19	139 385 \$	239 715 \$	2 515 \$	
Loyer	20	483 802 \$	484 324 \$		
Location d'équipement	21	908 \$	899 \$		
Fournitures de bureau	22	72 599 \$	114 736 \$	3 031 \$	306 \$
Transferts à des établissements	23				
Créances douteuses	24				
Autres frais	25	213 729 \$	218 045 \$		
Transfert de frais généraux	26				
Charges extraordinaires	27				
Total charges d'exploitation et non réparties (L.14 à L.27)	28	6 907 989 \$	7 185 981 \$	131 557 \$	59 540 \$
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.13 — L.28)	29	303 176 \$	73 881 \$	26 874 \$	9 888 \$
Renseignement à titre informatif seulement					
Contributions de l'avoir-propre et interfonds :					
En provenance de l'avoir-propre (+)	30				
En provenance de fonds affectés (+)	31				
En provenance du fonds des activités régionalisées (+)	32				
En provenance du fonds de stationnement (+)	33				
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	34	(40 977) \$	(51 745) \$		
Affectées au fonds de stationnement (-)	35				
Affectées à d'autres fonds (-)	36	(2 720) \$	(2 626) \$		
Excédent (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.29 à L.36)	37	259 479 \$	19 510 \$	26 874 \$	9 888 \$

Fonds des activités régionalisées

Exercice terminé le 31 mars 2011 — AUDITÉE

RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
PRODUITS			
Crédits régionaux destinés aux établissements	01	2 557 148 \$	3 755 416 \$
Variation des revenus reportés — MSSS	02		
Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances	03	1 083 \$	(159) \$
Contributions des établissements	04	154 824 \$	161 431 \$
Revenus de placements	05	5 372 \$	3 045 \$
Revenus d'autres sources :			
Recouvrements	06	778 203 \$	193 605 \$
Ventes de services	07		
Subventions du gouvernement fédéral	08		
Autres revenus	09	366 525 \$	802 915 \$
Total des produits (L.01 à L.09)	10	3 863 155 \$	4 916 253 \$
CHARGES D'EXPLOITATION			
Salaires	11	1 444 759 \$	1 411 436 \$
Avantages sociaux	12	308 442 \$	270 016 \$
Charges sociales — Fonds des services de santé (FSS)	13	74 801 \$	71 706 \$
Charges sociales — autres	14	154 654 \$	138 966 \$
Frais de déplacement et d'inscription	15	61 547 \$	168 762 \$
Services achetés	16	1 811 309 \$	2 473 198 \$
Communications	17	43 808 \$	77 323 \$
Loyer	18	176 466 \$	164 789 \$
Location d'équipement	19	2 890 \$	3 888 \$
Fournitures de bureau	20	25 887 \$	47 117 \$
Créances douteuses	21		
Autres charges	22	1 003 \$	9 089 \$
Transferts de frais généraux	23		
Total des charges d'exploitation (L.11 à L.23)	24	4 105 566 \$	4 836 290 \$
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.10 — L.24)	25	(242 411) \$	79 963
Renseignement à titre informatif seulement			
Contributions de l'avoir-propre et interfonds :			
En provenance de l'avoir-propre (+)	26		
En provenance du fonds d'exploitation (+)	27	2 720 \$	
En provenance du fonds des activités régionalisées (+)	28		
En provenance de fonds affectés (+)	29	72 000 \$	
Affectées au fonds d'exploitation (-)	30		
Affectées au fonds des activités régionalisées (-)	31		
Affectées à des fonds affectés (-)	32		
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	33	(166 054) \$	
Autres transferts interfonds	34		
Excédent (Déficit) après contributions de l'avoir-propre et interfonds (L.25 à L.34)	35	(333 745) \$	

RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
PRODUITS			
Ministère de la santé et des services sociaux :			
Subvention pour le remboursement de la dette-capital	01	72 562 \$	687 929 \$
Subvention pour le remboursement de la dette-intérêt	02	1 962 158 \$	2 061 361 \$
Revenus de placements	03		
Gain sur disposition	04		
Amortissement des revenus reportés :			
Contributions du gouvernement fédéral	05		
Autres contributions et dons (préciser)	06		
Autres revenus	07	90 386 \$	
Total des produits (L.01 à L.07)	08	2 125 106 \$	2 749 290 \$
CHARGES			
Frais d'intérêts :			
Corporation d'hébergement du Québec	09		674 877 \$
Financement Québec	10	1 962 158 \$	1 386 484 \$
Société d'habitation du Québec	11		
Autres	12	1 797 \$	809 \$
Dépenses non capitalisables financées à même les enveloppes décentralisées	13	101 370 \$	27 149 \$
Amortissement des frais d'émission et escompte sur obligations	14		
Amortissement — Immobilisations détenues au 31 mars 2008	15	465 030 \$	760 726 \$
Amortissement — Immobilisations acquises à compter du 1 ^{er} avril 2008	16	604 748 \$	384 553 \$
Perte sur disposition d'immobilisations	17		
Autres charges	18		
Total des charges (L.09 à L.18)	19	3 135 103 \$	3 234 598 \$
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.08 — L.19)	20	(1 009 997) \$	(485 308) \$
Renseignement à titre informatif seulement : Contributions			
Contributions en provenance du:			
Fonds d'exploitation-activités principales (+)	21	40 977 \$	51 745 \$
Fonds d'exploitation-activités accessoires complémentaires (+)	22		
Fonds d'exploitation-activités accessoires commerciales (+)	23		
Fonds des activités régionalisées (+)	24	166 054 \$	79 648 \$
De fonds affectés (+)	25	802 966 \$	
Fonds de stationnement (+)	26		
Contributions affectées à d'autres fonds (-)	27		
Excédent (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.20 à L.27)	28		(353 915) \$

États des soldes de fonds des fonds d'exploitation, d'immobilisations et des activités régionalisées

Fonds d'exploitation

Exercice terminé le 31 mars 2011 — AUDITÉE

SOLDE DE FONDS

		Activités principales 1	Avoir propre 2	Total (C.1 + C.2) 3
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	19 510 \$	1 759 275 \$	1 778 785 \$
Additions (déductions)				
ACTIVITÉS PRINCIPALES :				
Excédent (Déficit) de l'exercice des activités principales (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre) :	02	303 176 \$		303 176 \$
Transferts interfonds (provenance) :				
Contributions des fonds affectés (+)	03			
Contributions du fonds des activités régionalisées (+)	04			
Contributions du fonds de stationnement (+)	05			
Transferts interfonds (affectations) :				
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	06		(40 977) \$	(40 977) \$
Contributions à d'autres fonds (-)	07		(2 720) \$	(2 720) \$
ACTIVITÉS ACCESSOIRES :				
Excédent (Déficit) de l'exercice des activités accessoires (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre) :	08		26 874 \$	26 874 \$
Transferts interfonds (provenance) :				
Contributions du fonds de stationnement (+)	09			
Transferts interfonds (affectations) :				
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	10			
Contributions au fonds de stationnement (c-a 8610)(-)	11			
Contributions à d'autres fonds (-)	12			
AUTRES ÉLÉMENTS :				
Libération de surplus	13	(19 510) \$	19 510 \$	
Récupération de surplus	14			
Contributions de l'avoir propre aux autres fonds	15			
Autres (détail page 268)	16			
Variation de l'exercice (L.02 à L.16)	17	283 666 \$	2 687 \$	286 353 \$
Redressements demandés par le MSSS	18			
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.17 + L.18)	19	303 176 \$	1 761 962 \$	2 065 138 \$

Fonds d'immobilisations
Fonds des activités régionalisées

Exercice terminé le 31 mars 2011 — AUDITÉE

SOLDE DE FONDS

		Fonds d'immobilisations 1	Fonds des activités régionalisées 2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01		1 455 094 \$
Additions (déductions)			
Excédent (Déficit) de l'exercice (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	02	(1 009 997) \$	(242 411) \$
Transferts interfonds (provenance) :			
Contributions du fonds d'exploitation (+)	03	40 977 \$	2 720 \$
Contributions des activités régionalisées (+)	04	166 054 \$	
Contributions de fonds affectés (+)	05	802 966 \$	72 000 \$
Transferts interfonds (affectations) :			
Contributions au fonds d'exploitation (-)	06		
Contributions au fonds des activités régionalisées (-)	07		
Contributions à des fonds affectés (-)	08		
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	09		(166 054) \$
Autres transferts interfonds	10		
Contribution de l'avoir propre aux autres fonds	11		
Autres additions (déductions)	12		
Variation de l'exercice (L.02 à L.12)	13		(333 745) \$
Redressements demandés par le MSSS	14		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.13 + L.14)	15		1 121 349 \$

Bilan des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et des immobilisations

Fonds d'exploitation —
Fonds des activités régionalisées

Exercice terminé le 31 mars 2011 — AUDITÉE

BILAN

ACTIF		Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
À court terme					
Encaisse	01	2 619 110 \$	2 380 562 \$	1 142 840 \$	1 880 166 \$
Placements temporaires	02				
Débiteurs :					
MSSS	03	62 255 \$	15 555 \$	46 249 \$	76 751 \$
Établissements publics	04	360 \$	226 \$	142 660 \$	5 976 \$
Fonds d'exploitation	05				
Fonds des act. régionalisées	06				
Fonds affectés	07				
Autres	08	283 012 \$	191 821 \$	220 533 \$	96 594 \$
Charges payées d'avance	09			37 537 \$	
Autres éléments	10				
Total — Actif à court terme (L. 01 à L.10)	11	2 964 737 \$	2 588 164 \$	1 589 819 \$	2 059 487 \$
À long terme					
Subvention à recevoir — provision pour vacances et congés de maladie	12	758 051 \$	736 198 \$	136 917 \$	135 834 \$
Autres éléments d'actifs	13				
TOTAL DE L'ACTIF (L.11 à L.13)	14	3 722 788 \$	3 324 362 \$	1 726 736 \$	2 195 321 \$
PASSIF					
À court terme					
Découvert de banque	15			120 035 \$	78 450 \$
Emprunts temporaires	16				
Intérêts courus à payer	17				
Créditeurs et charges à payer :					
MSSS	18				
Établissements publics	19	18 657 \$	7 058 \$	41 625 \$	160 323 \$
Fonds d'exploitation	20				
Fonds des activités régionalisées	21				
Fonds affectés	22				
Salaires courus à payer	23	135 460 \$	172 711 \$	113 025 \$	101 124 \$
Fonds des services de santé (FSS) à payer	24	16 915 \$	18 305 \$		
Autres	25	438 586 \$	376 654 \$	161 126 \$	235 569 \$
Revenus reportés — Gouvernement fédéral	26				
Autres revenus reportés	27	166 125 \$	107 664 \$		
Provision pour vacances et congés de maladie	28	881 907 \$	863 185 \$	169 576 \$	164 761 \$
Autres éléments	29				
Total — Passif à court terme (L.15 à L.29)	30	1 657 650 \$	1 545 577 \$	605 387 \$	740 227 \$
Dettes à long terme	31				
TOTAL DU PASSIF (L.30 + L.31)	32	1 657 650 \$	1 545 577 \$	605 387 \$	740 227 \$
SOLDE DE FONDS	33	2 065 138 \$	1 778 785 \$	1 121 349 \$	1 455 094 \$
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.32 + L.33)	34	3 722 788 \$	3 324 362 \$	1 726 736 \$	2 195 321 \$

BILAN

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF			
À court terme			
Encaisse	01	16 865 \$	43 483 \$
Placements temporaires	02		
Avances de fonds aux établissements publics	03	9 287 510 \$	10 677 123 \$
Débiteurs MSSS	04	288 575 \$	212 129 \$
Autres éléments	05	232 262 \$	27 956 \$
À long terme			
Immobilisations	06	2 679 976 \$	2 470 911 \$
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable	07	36 192 978 \$	40 191 808 \$
Frais reportés d'émission et d'escompte sur obligations	08		
Autres éléments d'actifs	09		
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.09)	10	48 698 166 \$	53 623 410 \$
PASSIF			
À court terme			
Découvert de banque	11		
Emprunts temporaires	12	9 639 070 \$	10 834 097 \$
Intérêts courus à payer : Financement Québec	13	288 575 \$	208 050 \$
Corporation d'hébergement du Québec	14		4 079 \$
Autres	15		
Salaires courus à payer	16		
Fonds des services de santé (FSS) à payer	17		
Autres éléments	18	103 303 \$	203 749 \$
À long terme			
Revenus reportés — Gouvernement fédéral	19		
Autres revenus reportés	20		
Provision pour vacances et congés de maladie	21		
Passifs environnementaux	22		
Dettes à long terme	23	38 667 218 \$	42 373 435 \$
TOTAL DU PASSIF (L.11 à L.23)	24	48 698 166 \$	53 623 410 \$
SOLDE DE FONDS	25		
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.24 + L.25)	26	48 698 166 \$	53 623 410 \$

État des résultats et bilan combiné des fonds affectés

Fonds affectés cumulés

Exercice terminé le 31 mars 2011 — AUDITÉE

RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
PRODUITS			
MSSS	01	23 263 446 \$	20 585 272 \$
Récupération par le Ministère (en déduction)	02		
Crédits régionaux	03	101 346 \$	89 548 \$
Variation des revenus reportés — MSSS	04		
Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances	05		(1 039) \$
Revenus de placements	06	38 761 \$	16 769 \$
Revenus d'autres sources :			
Subvention du gouvernement fédéral	07		
Autres subventions	08		
Autres revenus	09	3 550 159 \$	3 328 650 \$
Total des produits (L.01 à L.09)	10	26 953 712 \$	24 019 200 \$
CHARGES			
Établissements publics	11	1 566 654 \$	339 052 \$
Organismes	12		
Intérêts sur emprunts	13		
Charges d'exploitation :			
Salaires	14		
Avantages sociaux	15		
Charges sociales — Fonds des services de santé (FSS)	16		
Charges sociales — Autres	17		
Frais de déplacement et d'inscription	18		
Services achetés	19		
Location d'équipement	20		
Fournitures de bureau	21		
Autres charges d'exploitation	22		
Autres charges	23	24 311 797 \$	23 624 596 \$
Total des charges (L.11 à L.23)	24	25 878 451 \$	23 963 648 \$
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.10- L.24)	25	1 075 261 \$	55 552 \$

Fonds affectés cumulés

Exercice terminé le 31 mars 2011 — AUDITÉE

BILAN

ACTIF		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
À court terme			
Encaisse	01	1 493 116 \$	1 502 879 \$
Placements temporaires	02		
Débiteurs : MSSS	03	556 534 \$	20 000 \$
MSSS — subvention pour intérêts sur emprunts	04		
Établissements publics	05		
Fonds d'exploitation	06		
Fonds des activités régionalisées	07		
	08		
Autres	09	67 356 \$	27 520 \$
Charges payées d'avance	10		
Autres éléments	11		182 232 \$
Total — Actif à court terme (L.01 à L.11)	12	2 117 006 \$	1 732 631 \$
À long terme			
Subvention à recevoir — provision pour vacances et congés de maladie	13	6 744 \$	6 744 \$
Placements à long terme	14		
TOTAL DE L'ACTIF (L.12 à L.14)	15	2 123 750 \$	1 739 375 \$
PASSIF			
À court terme			
Découvert de banque	16		
Emprunts temporaires	17		
Intérêts courus à payer	18		
Créditeurs et charges à payer : Établissements publics	19	24 475 \$	7 985 \$
Organismes	20		
Fonds d'exploitation	21		
Fonds des activités régionalisées	22		
	23		
Salaires courus à payer	24	4 739 \$	7 587 \$
Fonds des services de santé (FSS) à payer	25		
Autres	26	712 311 \$	515 344 \$
Revenus reportés — MSSS	27		
Revenus reportés — Gouvernement fédéral	28		
Autres revenus reportés	29		
Provision pour vacances et congés de maladie	30	397 \$	9 671 \$
Autres éléments	31		
TOTAL DU PASSIF (L.16 à L.31)	32	741 922 \$	540 587 \$
SOLDE DE FONDS	33	1 381 828 \$	1 198 788 \$
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.32 + L.33)	34	2 123 750 \$	1 739 375 \$

État du solde de fonds combiné des fonds affectés

Fonds affectés cumulés

Exercice terminé le 31 mars 2011 — AUDITÉE

SOLDES DES FONDS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	1 198 788 \$	1 237 470 \$
Additions (déductions)			
Excédent (Déficit) de l'exercice	02	1 075 261 \$	55 552 \$
Transferts interfonds (provenance) :			
Contributions du fonds d'exploitation (+)	03		
Contributions des activités régionalisées (+)	04		
Contributions de fonds affectés (+)	05		
Transferts interfonds (affectations) :			
Contributions au fonds d'exploitation (-)	06		
Contributions au fonds des activités régionalisées (-)	07	(72 000) \$	
Contributions à d'autres fonds affectés (-)	08		
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	09	(802 966) \$	
Transferts interfonds (pages 529, 530 et 531)	10		(68 621) \$
Autres additions (déductions)	11	(17 255) \$	(25 613) \$
Variation de l'exercice (L.02 à L.11)	12	183 040 \$	(38 682) \$
Redressements demandés par le MSSS	13		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.12 + L.13)	14	1 381 828 \$	1 198 788 \$

État d'allocation de l'enveloppe régionale de crédits 2010-2011

Exercice terminé le 31 mars 2011 — AUDITÉE

		Montant
ENVELOPPE RÉGIONALE		
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2010-2011 inscrit dans le système SBF-R	01	516 009 840 \$
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE		
Allocations aux établissements	02	466 142 890 \$
Allocations aux organismes communautaires	03	15 723 023 \$
Allocations à d'autres organismes excluant ligne 02 et ligne 03	04	2 378 677 \$
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R (L. 02 à L. 04)	05	484 244 590 \$
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale	06	25 366 101 \$
Autres (préciser) Programme d'externat en soins infirmiers	07	6 600 \$
TOTAL (L.05 à L.07)	08	509 617 291 \$
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer (L.01 — L.08)	09	6 392 549 \$
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les établissements publics		
- Comptes à payer signifiés	10	5 565 287 \$
- Comptes à payer non signifiés	11	453 845 \$
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les organismes autres que les établissements publics		
- Comptes à payer signifiés	12	129 439 \$
- Comptes à payer non signifiés	13	53 242 \$
TOTAL des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R (L.10 à L.13)	14	6 201 813 \$
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	15	190 736 \$
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS (L.09 — L.14 — L.15)	16	
Information additionnelle		
Financement alloué par le MSSS non inscrit au système SBF-R	17	57 402 586 \$
Comptes à payer signifiés aux établissements en lien avec la ligne 17	18	53 166 447 \$

Notes aux états financiers

Note 1 – Résultats

Le résultat des opérations du FONDS D'EXPLOITATION indiqué à la page 200, ligne 29 est traité de la façon suivante :

- Le résultat des opérations des ACTIVITÉS PRINCIPALES se solde par un excédent des revenus sur les charges au montant de 303 176 \$; il est imputé au solde des activités principales et est assujéti à la politique de libération du surplus.
- Le résultat des opérations des ACTIVITÉS ACCESSOIRES se solde par un excédent des revenus sur les charges de 26 874\$ et est imputé à l'AVOIR PROPRE.

Note 2 – Statut et nature des opérations

L'Agence est constituée en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et des services sociaux. Elle a pour mandat de veiller au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population du Bas-Saint-Laurent et à lui assurer l'accès à des services de santé et des services sociaux adaptés à des besoins, et ce, en collaboration avec les établissements, les organismes communautaires et les professionnels qui les dispensent.

Le siège social du centre est situé à Rimouski. Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région du Bas-Saint-Laurent. En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

Note 3 – Modification de conventions comptables

Changement de référentiel comptable

En décembre 2010, le Conseil sur la comptabilité dans le secteur public a modifié la préface des normes comptables pour le secteur public dans le but d'enjoindre aux organismes sans but lucratif du secteur public, de se conformer soit au *Manuel de comptabilité de l'Institut canadien des comptables agréés (ICCA) pour le secteur public* avec les chapitres SP 4200 à SP 4270, soit au *Manuel de comptabilité de l'ICCA pour le secteur public* (Manuel du secteur public) sans ces chapitres, et ce, à compter des exercices ouverts le 1^{er} janvier 2012.

À la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'Agence a adopté par anticipation les normes du Manuel du secteur public sans les chapitres SP 4200 à SP 4270 (normes comptables s'appliquant uniquement aux organismes sans but lucratif du secteur public) pour le rapport financier annuel du 31 mars 2011.

De plus, le rapport financier annuel préparé par la direction de l'Agence est établi conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'**exception** des normes suivantes :

- Les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance salaire ainsi qu'aux indemnités de départ à verser aux hors cadres admissibles au terme de leur engagement ne sont pas comptabilisés au bilan du fonds d'exploitation, ni au bilan regroupé, ce qui constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.
- Les immeubles loués auprès de la Corporation d'hébergement du Québec sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation no 2 des normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Au 31 mars 2010, le rapport financier annuel avait été établi conformément aux conventions comptables énoncées au Manuel de gestion financière (MGF) publié par le MSSS, lesquelles s'appuyaient sur les normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Le changement de référentiel n'a eu aucune incidence sur les résultats de l'exercice précédent.

Note 4 – Description des principales conventions comptables

Conventions comptables

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Comptabilité par fonds

L'Agence suit les principes de la comptabilité par fonds. Les fonds suivants apparaissent aux états financiers de l'Agence et présentent donc une importance particulière :

- ♦ Le fonds d'exploitation : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires).
- ♦ Le fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux actifs immobilisés, aux dettes à court et à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant à ces actifs. Ces opérations incluant tout don ou legs transféré du fonds à destination spéciale ou du fonds de dotation qui sont présentées à titre de revenus reportés et amortis sur la durée de vie des actifs qui s'y relient. L'objectif est d'assurer un rapprochement entre les avantages procurés par ces contributions et l'utilisation de l'immobilisation. De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations.
- ♦ Le fonds affecté : fonds constitué de subventions provenant exclusivement du Ministère. Ces subventions sont toujours reliées à des programmes ou services précisément définis et ne peuvent être attribuées qu'aux fins pour lesquelles elles sont octroyées.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts entre les fonds d'une agence sont comptabilisés directement au solde des fonds concernés. Dans le cas du fonds d'exploitation, ils sont toutefois tenus en compte pour fin de présentation à l'état des résultats de manière à démontrer les résultats avant et après les transferts. Par la suite, ils sont présentés au solde du fonds d'exploitation.

Classification des activités

La classification des activités d'une agence tient compte des services qu'elle peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- **Activités principales** : les activités principales comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services qu'une agence est appelée à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par le Ministère.
- **Activités accessoires** : les activités accessoires comprennent les services qu'une agence rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'elle est appelée à fournir.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par les agences dans le cadre de leurs activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités. Chacun de ces centres est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires en égard aux services rendus par l'Agence. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centres.

Subdivisions des activités accessoires

Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial.

Les activités accessoires complémentaires sont celles qui n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'Agence. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux. Les fonds nécessaires à l'autofinancement de ces opérations proviennent du ministère de la Santé et des Services sociaux, d'autres ministères, de régies gouvernementales, d'organismes publics, etc. Parmi les activités les plus courantes, on retrouve l'enseignement médical, la recherche et la santé au travail.

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les activités de type commercial. Elles ne sont pas reliés directement à la prestation de services aux usagers.

Immobilisations

Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile :

Catégorie	Durée
• Aménagements des terrains	10 à 20 ans
• Bâtiments	20 à 50 ans
• Améliorations locatives	Durée restante du bail (max 10 ans)
• Matériels et équipements	3 à 15 ans
• Équipements spécialisés	10 à 25 ans
• Matériel roulant	5 ans
• Développement informatique	5 ans
• Réseau de télécommunication	10 ans
• Location-acquisition	Sur la durée du bail ou de l'entente

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire. L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires, de la partie de l'excédent des revenus sur les charges des activités principales des exercices précédents libérée par le Ministère. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des charges sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre. L'avoir propre d'une agence ne peut être utilisé qu'aux fins de la réalisation de la mission d'un centre qu'elle exploite (article 269.1 de la loi). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation du Ministère. Par ailleurs, l'utilisation de l'avoir propre ne doit pas avoir pour effet de rendre le solde de cet avoir déficitaire.

Revenus

Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est-à-dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu les opérations ou les faits leur donnant lieu.

De façon plus spécifique :

Les sommes dont le budget de fonctionnement et les rectificatifs postbudgétaires en provenance d'une entité faisant partie du périmètre comptable du gouvernement, MSSS, etc. sont constatées et comptabilisées aux revenus dans l'année financière au cours de laquelle surviennent les faits qui leur donnent lieu, dans la mesure où ils sont autorisés, où les critères d'admissibilité sont rencontrés (s'il en est) et où une estimation raisonnable des montants en cause est possible.

Les sommes reçues ou à recevoir concernant des revenus qui seront gagnés dans une année ultérieure peuvent faire l'objet d'un revenu reporté dans le cas où les sommes doivent être affectées à des fins prescrites (développement, joueurs pathologiques, etc.) et que les dépenses seront assumées dans le futur.

Les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable du gouvernement sont constatées et comptabilisées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont désormais présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires. Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec. De plus, on comptabilisera aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations l'ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçu d'avance concernant le financement des immobilisations. L'ajustement de la subvention est déterminé par l'Agence pour faire en sorte que le solde de fonds d'immobilisations corresponde, à la fin d'exercice, à la valeur comptable des terrains présentée au fonds d'immobilisations. La contrepartie sera comptabilisée comme compte à recevoir ou comme revenu perçu d'avance.

Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaliser les montants des revenus correspondants.

Note 5 – Emprunt bancaire

Au 31 mars 2011, l'Agence dispose de facilités de crédit autorisée d'un montant maximal de 83 713 303 \$ auprès d'une institution financière, portant intérêt aux taux des acceptations bancaires majoré de 0,30 %, soit 1,501 % garanti par le ministère de la Santé et des Services Sociaux, dont 74 074 233 \$ du crédit autorisé n'est pas utilisés au 31 mars 2011. La convention de crédit est renégociable le 30 septembre 2013.

Note 6 – Dette à long terme

La dette à long terme du fonds d'immobilisations est destinée à financer les enveloppes décentralisées et est payable à Financement-Québec.

	2011	2010
• Marge de crédit d'un montant autorisé de 53 000 000 \$, portant intérêt au taux des acceptations bancaires plus 0,30 % et venant à échéance le 21 mars 2023.	521 763 \$	1 404 224 \$
• Emprunts remboursables par versements annuels variables de capital, échéant le 31 mars 2023. L'intérêt variant entre 3,54 % et 8,24 % est payable semestriellement.	38 145 455 \$	40 969 211 \$
	38 667 218 \$	42 373 435 \$
• Tranche échéant à moins d'un an.	7 688 705 \$	5 659 711 \$
	30 978 513 \$	36 713 724 \$

Les remboursements en capital de la dette à long terme à effectuer durant les cinq prochains exercices sont les suivants :

2012	7 688 705 \$
2013	3 584 347 \$
2014	14 978 148 \$
2015	2 290 659 \$
2016	2 396 362 \$
	30 938 221 \$

Note 7 – Régime de retraite

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, étant donné que l'Agence ne dispose pas d'information suffisante pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Note 8 – État de la variation de la dette nette

L'état de la variation de la dette n'est pas présenté dans les états financiers. Toutefois, l'information sur la dette nette est disponible à la lecture des autres états financiers et des informations explicatives.

Note 9 – Engagements

L'Agence s'est engagée en vertu de baux à long terme échéants à diverses dates jusqu'au 31 décembre 2015 pour des locaux administratifs et des biens loués. Ces baux comportent, dans certains cas, une option de renouvellement de dix ans.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2011 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 659 561 \$. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2012	590 951 \$
2013	590 951 \$
2014	590 951 \$
2015	165 722 \$
2016	95 299 \$
	2 033 874 \$

Note 10 – Opérations entre apparentés

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

Note 11 – Éventualités

L'Agence fait l'objet de deux (2) poursuites pour un montant d'environ 4 521 168 \$ pour des réclamations de dommages et intérêts. La première poursuite au montant de 3,4 M\$ est couverte par les assurances. La deuxième poursuite d'un montant de 1 121 168 \$ est un dossier relevant de la responsabilité des établissements. D'autre part, l'Agence fait l'objet d'une poursuite pour la résiliation d'un contrat pour un montant de 50 000 \$. La direction a comptabilisé une provision de 25 000 \$ correspondant à l'offre finale du règlement proposé. La direction est d'avis que ces poursuites sont non fondées et, par conséquent, aucune provision n'a été comptabilisée aux livres à cet égard.

Note 12 – Chiffres de l'exercice précédent

Certaines données correspondantes fournies pour l'exercice précédent ont été reclassées en fonction de la présentation adoptée pour le présent exercice.

5.2 Les allocations des ressources financières aux établissements

Budget net de fonctionnement des établissements publics et privés conventionnés sur une base comparative avec l'exercice financier précédent

Établissements publics	2009-2010	2010-2011
CSSS de Kamouraska	33 684 236 \$	34 446 952 \$
CSSS de Rivière-du-Loup	76 360 711 \$	79 396 626 \$
CSSS de Témiscouata	29 667 268 \$	29 977 364 \$
CSSS des Basques	12 915 772 \$	13 215 995 \$
CSSS de Rimouski-Neigette	136 836 313 \$	139 321 439 \$
CSSS de La Mitis	37 184 334 \$	37 141 904 \$
CSSS de La Matapédia	30 913 415 \$	32 142 655 \$
CSSS de Matane	37 831 482 \$	38 710 736 \$
Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent	27 452 837 \$	27 591 464 \$
CRDI du Bas-Saint-Laurent	27 161 015 \$	26 578 234 \$
TOTAL	450 007 383 \$	458 523 369 \$

Surplus ou déficits de l'année de chacun des établissements publics et privés conventionnés sur une base comparative avec l'exercice financier précédent

Établissements publics	2009-2010	2010-2011
CSSS de Kamouraska	0 \$	44 049 \$
CSSS de Rivière-du-Loup	2 010 \$	145 126 \$
CSSS de Témiscouata	0 \$	(502 699) \$
CSSS des Basques	0 \$	(385 951) \$
CSSS de Rimouski-Neigette	15 807 \$	(447 244) \$
CSSS de La Mitis	651 549 \$	169 375 \$
CSSS de La Matapédia	97 569 \$	96 466 \$
CSSS de Matane	(430 882) \$	470 512 \$
Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent	478 044 \$	129 148 \$
CRDI du Bas-Saint-Laurent	171 684 \$	324 680 \$
TOTAL	985 781 \$	43 462 \$

Autorisations d'emprunts accordées aux établissements publics

a) Nombre d'autorisations temporaires émises en 2010-2011 : 7

b) Montants totaux au 31 mars 2011 pour chacun des types et des catégories :

		Autorisé	Réel
Type	♦ Fonctionnement (autorisé par le MSSS)	2 847 000 \$	0 \$
Catégorie	♦ Équilibre budgétaire	2 847 000 \$	0 \$
	♦ Traitement différé	0 \$	0 \$
	♦ Revenus tierce responsabilité	0 \$	0 \$
Type	♦ Immobilisations (autorisé par l'Agence et le MSSS)	1 849 164 \$	348 591 \$
Catégorie	♦ Projets autofinancés	0 \$	0 \$
	♦ Projets autofinancés – Économie d'énergie	348 591 \$	348 591 \$
	♦ Projets autofinancés – Économie d'énergie en suspens	1 500 573 \$	0 \$

c) Pourcentage du montant total des autorisations d'emprunts par rapport au total des budgets bruts au 31 mars 2011

- ♦ Dépenses courantes de fonctionnement : 0,57 %
- ♦ Dépenses en immobilisations : 0,37 %

d) Depuis le 1^{er} avril 2000, avec l'application du projet de loi n° 107, c'est le MSSS qui a la responsabilité d'émettre des autorisations d'emprunts de types fonctionnement et transformation après recommandation de l'Agence. L'Agence conserve cependant la responsabilité des emprunts de type immobilisations.

La limite régionale au-delà de laquelle l'Agence doit obtenir une dérogation du MSSS avant l'émission d'une nouvelle autorisation d'emprunt pour des dépenses d'immobilisations est de 2 568 000 \$.

Objectifs de retour à l'équilibre budgétaire pour les établissements publics

Depuis quelques années, l'Agence et les établissements de la région se sont entendus pour faire en sorte que ces derniers présentent une situation financière en équilibre ou respectent la cible maximale qui leur était autorisée à la fin de chaque année. L'atteinte de cet objectif a nécessité un suivi très serré de la situation financière par chacun des établissements de même que, dans certains cas, un soutien et un accompagnement personnalisés offerts par l'Agence. Cette priorité a fait en sorte que tous les établissements de la région, à l'exception des CSSS des Basques et de Témiscouata, ont atteint l'équilibre budgétaire ou respecté la cible déficitaire maximale autorisée pour l'exercice financier 2010-2011.

Selon la cible déficitaire maximale annuelle autorisée par le Ministère, la somme globale de déficit annuel d'exploitation des établissements publics du territoire ne devait pas excéder 962 257 \$ en 2010-2011. Le montant réel du surplus global régional s'établit à 43 462 \$. Par ailleurs, pour l'exercice financier 2010-2011, le CSSS de Témiscouata et le CSSS des Basques ont présenté un déficit d'exploitation de 502 699 \$ et 385 951 \$ respectivement. Par ailleurs, le retour à l'équilibre budgétaire pour ces établissements est prévu dès l'année financière 2011-2012 grâce à l'implantation des mesures d'optimisation.

5.3 Les allocations financières versées aux organismes communautaires – enveloppe régionale de crédits

Organismes de promotion et de services

ORGANISMES	Enveloppe 2009-2010	Enveloppe 2010-2011
<u>MRC DE KAMOURASKA</u>		
Unité Domrémy de Ville St-Pascal Inc.	10 822 \$	11 038 \$
La Montée, Centre prévention et traitement des dépendances	316 735 \$	322 800 \$
Maison de la famille du Kamouraska	13 163 \$	13 426 \$
L'Ass. des pers. handicapées du Kamouraska Est Inc.	41 364 \$	42 191 \$
Association pocatoise des personnes handicapées Inc.	41 364 \$	42 191 \$
Centre d'action bénévole Cormoran Inc.	139 112 \$	143 465 \$
Arc-en-ciel du cœur	30 420 \$	31 028 \$
Moisson Kamouraska	69 234 \$	51 125 \$
Tandem-Jeunesse	263 230 \$	268 495 \$
Centre-femmes, La Passerelle du Kamouraska	176 146 \$	186 882 \$
Carrefour des jeunes de La Pocatière	80 672 \$	82 285 \$
Quartier-jeunesse 1995	80 671 \$	82 284 \$
Association Kamouraskoise en santé mentale La Traversée	124 997 \$	105 002 \$
Services Kam-Aide inc.	165 815 \$	220 910 \$
Total Kamouraska	1 553 745 \$	1 603 122 \$

ORGANISMES	Enveloppe 2009-2010	Enveloppe 2010-2011
<u>MRC DE RIVIÈRE-DU-LOUP</u>		
Les Grands Amis du KRTB	30 420 \$	31 028 \$
Ass. québécoise de la dysphasie, région du Bas St-Laurent	20 072 \$	26 737 \$
Association Multi-défis	59 263 \$	60 448 \$
Centre vacances et apprentissage Loisirs de Saint-Cyprien	15 000 \$	15 000 \$
Centre d'action bénévole des Seigneuries Inc.	343 008 \$	344 919 \$
Association des stomisés du Grand-Portage	10 140 \$	10 343 \$
Les Diabétiques amis du K.R.T.B.	17 990 \$	25 000 \$
Carrefour d'Initiatives populaires de R.D.L.	61 028 \$	64 748 \$
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel du KRTB	116 768 \$	119 103 \$
Centre-femmes du Grand-Portage	182 647 \$	194 403 \$
Trajectoires hommes du KRTB	144 983 \$	182 283 \$
Centre-jeunes de Cacouna	26 408 \$	37 470 \$
La Corporation de l'Entre-jeunes de Rivière-du-Loup	74 810 \$	76 306 \$
Corporation du comité jeunesse 1997	36 243 \$	36 968 \$
La Maison des jeunes de St-Épiphane	66 779 \$	68 115 \$
Justice alternative du KRTB Inc.	147 248 \$	190 593 \$
ROCASM du Bas du Fleuve	13 042 \$	23 303 \$
Centre d'entraide l'horizon de Rivière-du-Loup	114 758 \$	117 053 \$
Centre prévention suicide du KRTB	167 852 \$	184 150 \$
La Maison d'hébergement La Bouffée d'air du KRTB	332 958 \$	339 617 \$
Comité d'accompagnement La Source Inc.	30 420 \$	31 028 \$
Total Rivière-du-Loup	2 011 837 \$	2 178 615 \$

ORGANISMES	Enveloppe 2009-2010	Enveloppe 2010-2011
<u>MRC DE TÉMISCOUATA</u>		
Unité Domrémy de Rivière-Bleue Inc.	10 822 \$	11 038 \$
Maison de la famille du Témiscouata	12 942 \$	13 201 \$
Centre d'action bénévole région Témis Inc.	325 794 \$	348 784 \$
Cuisines collectives de Cabano	23 107 \$	23 569 \$
Cuisines collectives de Dégelis	47 569 \$	48 520 \$
Cuisines collectives du Haut-Pays	33 747 \$	34 422 \$
Serv. de dépannage alimentaire du Témiscouata	14 782 \$	15 077 \$
L'Autre-Toit du KRTB	619 204 \$	621 728 \$
Ass. de pers. handicapées Entre-Amis du Témiscouata	58 394 \$	59 562 \$
Le Centre de femmes du Ô-Pays	172 789 \$	176 245 \$
Centre de femmes du Témiscouata	172 788 \$	176 244 \$
Maison des jeunes « La Piôle »	23 721 \$	24 195 \$
Maison des jeunes « Le coin de Dégelis »	58 341 \$	62 508 \$
Maison des jeunes Pirana	34 724 \$	35 418 \$
Maison Entre-Deux de Cabano	34 724 \$	35 418 \$
Place des jeunes de Squatec	40 108 \$	40 910 \$
Source d'espoir du Témis Inc.	107 421 \$	109 569 \$
Total Témiscouata	1 790 977 \$	1 836 408 \$

ORGANISMES	Enveloppe 2009-2010	Enveloppe 2010-2011
<u>MRC DES BASQUES</u>		
Ressources familles des Basques	5 077 \$	5 179 \$
Ass. de personnes handicapées l'Éveil des Basques Inc.	60 062 \$	61 263 \$
Centre d'action bénévole des Basques Inc.	70 169 \$	108 694 \$
Centre-femmes Catherine Leblond Inc.	173 269 \$	179 485 \$
Corporation de la maison des jeunes de Trois-Pistoles	79 209 \$	80 793 \$
Périscope des Basques	78 209 \$	79 773 \$
Logis-Aide des Basques	84 290 \$	83 868 \$
Cuisine collective Croc-Ensemble	0 \$	15 200 \$
Total Basques	550 285 \$	614 255 \$

ORGANISMES	Enveloppe 2009-2010	Enveloppe 2010-2011
<u>MRC DE RIMOUSKI-NEIGETTE</u>		
Aux Trois Mâts	48 888 \$	50 000 \$
Arrimage, Centre de réhabilitation alcoolisme et toxicomanie	280 197 \$	305 501 \$
Les Grands amis de Rimouski	39 390 \$	40 178 \$
Maison des familles de Rimouski-Neigette	10 756 \$	10 971 \$
Pro-Jeune-Est Rimouski-Neigette	60 124 \$	61 326 \$
Ass. autisme et autres TED Est-du-Québec	71 942 \$	75 000 \$
Ass. des pers. handicapées visuelles du Bas-Saint-Laurent	88 331 \$	100 402 \$
Association de la déficience intellectuelle (Rég. Rimouski)	30 820 \$	34 528 \$
Association des personnes ACVA-TCC du BSL	107 555 \$	109 706 \$
Regroupement des dynamiques de Rimouski	19 899 \$	22 000 \$
Ressource d'aide aux pers. hand. du Bas-St-Laurent/Gaspésie	25 140 \$	30 443 \$
Service alternatif d'intégration et de maintien en emploi	42 230 \$	65 475 \$
Centre d'action bénévole rég. Rimouski	192 463 \$	278 880 \$
Association du cancer de l'Est du Québec	369 805 \$	377 201 \$

ORGANISMES	Enveloppe 2009-2010	Enveloppe 2010-2011
Centre périnatal Entre Deux Vagues	194 456 \$	198 345 \$
Diabète Bas-St-Laurent Inc.	33 810 \$	34 486 \$
M.A.I.N.S. Bas-St-Laurent	142 131 \$	146 498 \$
Moisson Rimouski-Neigette Inc.	65 567 \$	46 478 \$
Loisirs de jeunesse de Rimouski Inc.	332 317 \$	338 963 \$
Le Répit du passant	250 000 \$	255 000 \$
La Débrouille	660 130 \$	675 833 \$
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Rimouski	246 840 \$	272 397 \$
Centre-Femmes de Rimouski	172 882 \$	178 340 \$
Contre toute agression conjugale (C-TA-C)	153 753 \$	200 283 \$
La Maison des jeunes de Pointe-au-Père	43 449 \$	44 318 \$
Maison des jeunes de Rimouski	102 119 \$	104 161 \$
La Maison des jeunes du Bic	74 810 \$	76 306 \$
Fonds jeunesse B.B.R. Inc.	189 240 \$	193 025 \$
Mouvement action communautaire Bas-St-Laurent	103 333 \$	105 399 \$
Ass. can. pour la santé mentale, filiale du Bas du Fleuve	169 213 \$	173 977 \$
Centre de prévention suicide et intervention de crise du BSL	802 436 \$	859 936 \$
La Lueur de l'Espoir du Bas-Saint-Laurent Inc.	141 386 \$	176 356 \$
P.L.A.I.D.D du Bas-du-Fleuve	85 600 \$	109 713 \$
Centre polyvalent des aînés et aînées de Rimouski-Neigette	20 280 \$	20 686 \$
Popote le gourmet roulant Inc.	13 000 \$	13 260 \$
Coup de main à domicile de Rimouski	193 322 \$	220 317 \$
Association de fibromyalgie BSL	0 \$	10 200 \$
A.Q.E.P.A. BSL	0 \$	10 200 \$
Total Rimouski-Neigette	5 577 794 \$	6 026 088 \$

ORGANISMES	Enveloppe 2009-2010	Enveloppe 2010-2011
<u>MRC DE LA MITIS</u>		
Unité Domrémy de Luceville	1 803 \$	0 \$
Unité Domrémy de Mont-Joli	74 572 \$	69 937 \$
Unité Domrémy de Saint-Gabriel – relais communautaire	12 027 \$	12 268 \$
Pivot-Famille Mitis	12 638 \$	12 891 \$
Le Groupe de personnes handicapées Les Alcyons Inc.	56 546 \$	57 677 \$
La Maison des tourmesols	112 148 \$	114 391 \$
Répit-Loisirs Autonomie	15 000 \$	30 200 \$
Centre d'action bénévole de la Mitis	173 196 \$	150 199 \$
La Maison de l'Espoir de Mont-Joli Inc.	250 000 \$	285 300 \$
Centre Femmes de la Mitis	172 786 \$	182 242 \$
La Maison des jeunes de Mont-Joli Inc.	105 886 \$	108 004 \$
Point service St-Gabriel (Jeunes Mont-Joli)	68 210 \$	69 574 \$
Les Bourgeons de la Mitis	153 208 \$	157 499 \$
Femmes en éveil de Price	0 \$	28 958 \$
Soc. Canadienne Sclérose en plaques	0 \$	15 200 \$
Société Parkinson BSL	0 \$	10 200 \$
Total Mitis	1 208 020 \$	1 304 540 \$

ORGANISMES	Enveloppe 2009-2010	Enveloppe 2010-2011
<u>MRC DE LA MATAPÉDIA</u>		
Unité Domrémy de Causapscal	8 417 \$	0 \$
Centre Écllosion Inc.	10 140 \$	10 343 \$
Grands amis de la Vallée	25 350 \$	30 000 \$

ORGANISMES	Enveloppe 2009-2010	Enveloppe 2010-2011
Les Amiram de la Vallée Inc.	57 058 \$	58 199 \$
Centre d'action bénévole de la Vallée de la Matapédia	122 563 \$	125 014 \$
Moisson Vallée Matapédia	66 307 \$	47 233 \$
Centre de femmes de la Vallée de la Matapédia Inc.	172 786 \$	193 882 \$
La Jeunathèque d'Amqui Inc.	96 544 \$	98 475 \$
La Maison des jeunes de Causapscal	66 779 \$	68 115 \$
La Maison des jeunes de Sayabec	74 810 \$	76 306 \$
La Maison des jeunes de Val-Brillant	43 913 \$	37 203 \$
Rayon de partage en santé mentale	99 727 \$	101 722 \$
Aide-Maison Vallée de la Matapédia	134 416 \$	128 455 \$
Total Matapédia	978 810 \$	974 947 \$

ORGANISMES	Enveloppe 2009-2010	Enveloppe 2010-2011
<u>MRC DE MATANE</u>		
Centre régional A.D.H. « Le Tremplin »	271 670 \$	315 280 \$
Les Grands amis de la région de Matane	30 420 \$	31 028 \$
L'Association des handicapés gaspésiens	56 384 \$	57 512 \$
Centre d'action bénévole de la région de Matane Inc.	121 285 \$	123 711 \$
La Cuisine collective de la région de Matane	42 818 \$	43 675 \$
La Gigogne Inc.	637 332 \$	647 869 \$
Regroupement des femmes de la région de Matane	172 786 \$	176 242 \$
Maison des jeunes de Matane	102 119 \$	104 161 \$
La Maison des jeunes Le Refuge Jeunesse	43 448 \$	50 000 \$
Centre alt. en santé mentale et sociale Le Marigot de Matane	104 925 \$	107 023 \$
Relais Santé (Matane)	50 700 \$	51 714 \$
Société Alzheimer du Bas-St-Laurent	120 250 \$	122 655 \$
Les Services à domicile de la région de Matane	182 569 \$	192 792 \$
Total Matane	1 936 706 \$	2 023 662 \$

ORGANISMES	Enveloppe 2009-2010	Enveloppe 2010-2011
<u>MRC Autres</u>		
Maison L'Odyssée pour joueurs compulsifs	10 500 \$	0 \$
Service régional d'interprétariat de l'Est-du-Québec Inc.	48 172 \$	49 135 \$
TOTAL MRC autres	58 672 \$	49 135 \$
Grand total programme de soutien aux organismes communautaires	15 666 846 \$	16 610 772 \$
ORGANISMES SUBVENTIONNÉS*	136	141

* Il peut arriver qu'on dénombre plus d'une fois un même organisme si celui-ci reçoit des subventions pour différents programmes et inclut les entreprises d'économie sociale, des organismes rattachés à un autre ministère et des organismes hors région.

Les subventions listées ci-dessus proviennent de diverses enveloppes.

ENVELOPPES	2009-2010	2010-2011
Programme de soutien aux organismes communautaires SOC	12 594 461 \$	13 111 156 \$
Aide à la vie domestique	1 293 780 \$	1 306 896 \$
Stimulation précoce et Politique Santé Bien-Être	38 743 \$	39 518 \$
Soutien à la concertation régionale	105 213 \$	107 317 \$
Per diem pour les organismes d'hébergement	0 \$	0 \$
Autres allocations récurrentes	526 812 \$	667 349 \$
Autres allocations non récurrentes	<u>1 107 837 \$</u>	<u>1 378 536 \$</u>
	<u>15 666 846 \$</u>	<u>16 610 772 \$</u>

Annexe I

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Adopté par le conseil d'administration le 10 décembre 2008

Préambule

La gestion d'un organisme public représente un contrat social qui impose un lien de confiance particulier entre ce dernier et les citoyens. C'est dans ce contexte et conformément à Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., chapitre M-30), le Code civil ainsi qu'en lien avec les dispositions législatives de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2, ci-après nommée la LSSSS) et les pratiques et normes de gestion qui en découlent que les membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent (ci-après l'Agence) adoptent le présent code d'éthique et de déontologie.

Objet

Ce code énonce les principales lignes directrices d'éthique et de déontologie auxquelles les administrateurs sont soumis, prévoit des règles relatives à la déclaration des intérêts des administrateurs, identifie les situations de conflit d'intérêts et précise les devoirs et obligations des administrateurs pendant et après leur mandat.

Devoirs et obligations

1. Le membre du conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux.
2. Le membre du conseil d'administration doit respecter les obligations que la loi, l'acte constitutif et les règlements lui imposent (article 321 du Code civil du Québec).
3. Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites du pouvoir qui lui est conféré, avec soin, prudence, diligence et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de la population que dessert l'Agence (article 406 de la LSSSS et article 322 du Code civil du Québec).
4. Le membre du conseil d'administration se rend disponible pour accomplir ses fonctions, doit assister aux réunions du conseil et participer activement, dans un esprit de concertation, à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'Agence.
5. Le membre du conseil d'administration doit agir de façon courtoise et maintenir des relations empreintes de bonne foi de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.
6. Le membre du conseil d'administration doit agir avec intégrité, honneur, dignité et probité.
7. Le membre du conseil d'administration ne doit en aucun temps surprendre la bonne foi des autres membres du conseil d'administration ou se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux.
8. La conduite d'un membre du conseil d'administration doit viser l'objectivité et être empreinte de modération.
9. Le membre du conseil d'administration doit préserver, le cas échéant, la confidentialité des débats, échanges et discussions.
10. Le membre doit respecter les opinions émises par les autres membres dans le cadre du déroulement des séances.
11. Le membre doit respecter la confidentialité des échanges effectués lors des séances du conseil d'administration.

12. Le membre doit avoir un sens profond de la solidarité. Il peut s'abstenir de voter, voire même enregistrer sa dissidence sur toute décision à être prise par le conseil d'administration, mais par la suite, il doit se faire un devoir et une obligation de tenir en public des propos conformes avec les décisions prises par le conseil d'administration.
13. Le membre doit considérer que la documentation écrite qui lui est remise est pour son usage personnel dans l'exécution de ses fonctions de membre et qu'il ne lui appartient pas d'en faire la diffusion.
14. Le membre doit assumer son rôle dans le respect de la hiérarchie interne du conseil d'administration et de l'Agence. À cet effet, le membre :
 - 14.1. Doit éviter de discuter de problèmes de gestion interne avec une ou des personnes employées par l'Agence, en demandant que tels problèmes soient soumis au supérieur immédiat de la ou des personnes concernées;
 - 14.2. Doit refuser de participer à toute réunion informelle avec un ou plusieurs membres du conseil d'administration pour discuter d'un ou plusieurs sujets en recommandant que le tout soit discuté lors d'une séance dûment convoquée du conseil d'administration.
15. Le membre doit agir avec soin, prudence, diligence, compétence, honnêteté et loyauté, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, dans l'intérêt de l'Agence ou, selon le cas, de l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux de la région et de la population desservie.
16. Le membre doit éviter toute conduite de nature personnelle ou professionnelle qui risquerait de porter atteinte à la crédibilité de son rôle d'administrateur et entacherait ainsi la réputation de l'Agence.

Mesures préventives incluant les règles relatives à la déclaration d'intérêts

17. Le membre doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés. Il doit avoir pris connaissance et respecter le présent code d'éthique et de déontologie et doit, à cet effet, signer un engagement personnel contenu à l'Annexe I du présent code.
18. Le membre doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.
19. Le membre doit faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques. Il doit, à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales de l'Agence, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de l'Agence.
20. Le membre doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il peut trouver un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel. Le membre doit éviter de se placer dans une situation où il peut être amené à choisir entre ses intérêts personnels, de nature pécuniaire ou autre, et l'intérêt de l'Agence.
21. Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'Agence doit, sous peine de déchéance de sa charge, s'abstenir de siéger au conseil et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur le sujet de son intérêt est débattue. Il doit dénoncer par écrit son intérêt au président du conseil d'administration ou au président-directeur général dans les soixante jours suivant son élection ou sa nomination, ou dès que sa situation change.
22. Le membre doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec l'Agence.
23. Le membre doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'Agence par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires. Lors de l'attribution de contrats de service, de travail ou d'approvisionnement, tout membre doit dénoncer par écrit son intérêt au président du conseil d'administration ou au président-directeur général si cela n'est pas inclus dans la déclaration prévue au paragraphe précédent.

Identification de situations de conflits d'intérêts

24. Le membre doit éviter toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions spécifiques de façon objective, rigoureuse et indépendante. Le membre doit éviter de se placer dans une situation où il peut être amené à choisir entre ses intérêts personnels, de nature pécuniaire ou autre, et l'intérêt de l'Agence.

25. Le membre, lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment des relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires, de toute communication d'hostilité ou de favoritisme, doit déclarer par écrit, au président du conseil d'administration ou au président-directeur général, cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et décisions sur l'objet en cause.
26. Le membre doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts. Sans restreindre la généralité de ce qui précède, un membre :
 - 26.1. Est en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il puisse être porté à préférer certains d'entre eux ou que son jugement et sa volonté envers le conseil puissent en être défavorablement affectés.
 - 26.2. N'est pas indépendant comme membre du conseil pour un acte donné s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel :
 - 26.2.1. Possède directement ou indirectement des intérêts de nature pécuniaire ou autre dans une entreprise qui traite ou est susceptible de traiter avec l'Agence;
 - 26.2.2. Accepte un présent ou un avantage quelconque d'une entreprise qui traite ou est susceptible de traiter avec l'Agence;
 - 26.2.3. Utilise le nom de l'Agence, ses symboles ou emblèmes, de même que son rôle à titre de membre à des fins personnelles;
 - 26.2.4. Participe à l'embauche ou à la promotion d'un membre de sa famille ou d'autres personnes avec qui il est lié;
 - 26.2.5. Utilise à des fins personnelles ou au profit d'un tiers une information de nature confidentielle qu'il a acquise dans l'exercice de ses fonctions à titre de membre;
 - 26.2.6. Aliène, dans le but de s'assurer des considérations présentes ou futures, l'indépendance de son rôle au sein du conseil d'administration.
27. Le membre qui ignorait une situation ou une circonstance spéciale qui aurait normalement exigé de lui une dénonciation de conflit d'intérêts doit dénoncer par écrit immédiatement au président du conseil d'administration ou au président-directeur général cette situation ou cette circonstance spéciale dès qu'elle lui devient connue.
28. Le membre ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui lorsqu'il sait ou qu'il est évident que tel avantage va à l'encontre de l'intérêt public.
29. Le membre ne doit pas accepter un avantage de qui que ce soit alors qu'il sait ou qu'il est évident que cet avantage lui est consenti dans le but d'influencer sa décision.
30. Le membre ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle ou de documents confidentiels en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui.
31. Dès qu'il perd la qualité nécessaire à sa nomination ou à son élection, un membre doit en avvertir le président du conseil d'administration.

Pratiques reliées à la rémunération

32. Le membre du conseil d'administration doit s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.
33. Le membre du conseil d'administration utilise les biens, les ressources ou les services de l'Agence selon les modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous. Il ne peut confondre les biens de l'Agence avec les siens; il ne peut utiliser à son profit ou pour le compte d'autrui les biens de l'Agence ou l'information qu'il obtient en raison de ses fonctions d'administrateur (article 323 du Code civil du Québec).
34. Le membre du conseil d'administration ne peut accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, de toute personne ou entreprise si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.

Notamment sont considérés un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire qui compromet ou semble compromettre l'aptitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.

35. Le membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.
36. Le membre du conseil ne reçoit aucun traitement ou autre avantage pécuniaire à l'exception du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement (article 400 de la LSSSS).
37. Le membre du conseil d'administration qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

Devoirs et obligations de l'après-mandat

38. Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, les débats, les échanges et les discussions de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions d'administrateur.
39. Le membre du conseil d'administration doit se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur ou de nuire aux intérêts de l'Agence.
40. Le membre du conseil d'administration s'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, de solliciter un emploi auprès de l'Agence.

Mécanismes d'application du code

41. Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévus par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.
42. Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur ait pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration.
43. Le président ou le vice-président désigne des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie.
44. Le membre qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.
45. Les personnes visées à l'article précédent sont choisies à partir d'une liste de noms de personnes préalablement acceptées par le conseil d'administration pour agir à ce titre.
46. L'enquête doit être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.
47. Au terme de leur enquête, les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil d'administration.
48. En tenant compte des informations revues et du rapport d'enquête, le cas échéant, le président ou le vice-président peut fermer le dossier ou constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne.
49. Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires, ou à celles du code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés.

50. Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au présent code, le comité, après avoir entendu l'administrateur concerné ou à l'expiration du délai dont bénéficie l'administrateur visé, recommande aux membres du conseil d'administration l'imposition d'une sanction.
51. Le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la sanction à imposer à l'administrateur visé. Ce dernier ne peut assister à la réunion.
52. Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension ou le recours en déchéance de charge. L'administrateur est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée.
53. Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions (article 3.0.5, Loi sur le ministère du Conseil exécutif).
54. Les personnes qui effectuent les enquêtes ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions sont tenues de prêter serment ou de faire l'affirmation solennelle. Cette prestation de discrétion se fait selon la formule contenue à l'Annexe II du présent code.

Mise en vigueur, accessibilité et publication du code

55. L'Agence doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des administrateurs à toute personne qui en fait la demande.
56. L'Agence doit publier, dans son rapport annuel, le code d'éthique et de déontologie des administrateurs.
57. Le rapport annuel de gestion de l'Agence doit faire état :
 - 57.1. Du nombre et de la nature des signalements reçus et des cas traités;
 - 57.2. Des décisions prises ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées, si sanctions;
 - 57.3. Du nom des personnes concernées pourvu que la situation soit libre de tout litige.

Dispositions diverses

58. Le code d'éthique et de déontologie entre en vigueur dès son adoption par le conseil d'administration.
59. Le présent code d'éthique et de déontologie doit être révisé tous les trois ans ou lorsque les circonstances le justifient.
60. Il peut être modifié, abrogé ou remplacé après approbation de la majorité des membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

Annexe II

Bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la fin de la treizième période financière 2010-2011

Adopté par le conseil d'administration le 15 juin 2011

Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité et des contrôles afférents

Les résultats et l'information contenus dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2010-2011 de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent :

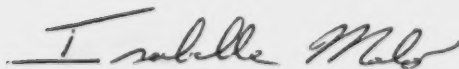
↻ présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;

↻ présentent des données exactes et fiables.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assurée que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière 2010-2011 de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent ainsi que les contrôles y afférant sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2011.

Signée à Rimouski le 2 juin 2011



Nom : Isabelle Malo

Titre : Présidente-directrice générale

Avant-propos

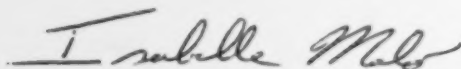
Le présent bilan de l'entente de gestion et d'imputabilité entre l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent et le ministère de la Santé et des Services sociaux présente la situation régionale observée relativement aux résultats attendus pour l'année en cours.

À ce jour, la région est relativement bien positionnée et peut prétendre avoir réalisé la majorité des objectifs convenus. L'année 2010-2011 a représenté une période de transition vers la prise en compte des objectifs prévus aux planifications stratégiques ministérielle et régionale qui nous projette dans l'horizon de 2015. La pleine mesure des enjeux à ce niveau se situera dans la prochaine entente de gestion.

Il est important de souligner la collaboration des établissements au processus menant à la signature des ententes de gestion ainsi que l'assiduité généralement constatée dans la transmission des informations de reddition de comptes qu'un tel exercice suppose. Sans l'engagement des gestionnaires et des intervenants concernés, il aurait été difficile de mener à bien l'exercice et de pouvoir présenter des résultats aussi satisfaisants.

Également, dans le contexte où certaines cibles ne sont pas atteintes, l'Agence et les établissements poursuivent leurs efforts afin de respecter les engagements convenus.

La présidente-directrice générale,



Isabelle Malo

Axe : Suivi de certaines réalisations attendues		
Indicateurs	Réalisée	Non réalisée
Dépôt du plan stratégique régional	Oui	
Plan d'action 2011-2012 de l'Agence	Oui	
Dépôt de projets d'optimisation sur les services de soutien à domicile	Sera réalisé selon l'échéancier à venir avec le MSSS	
Dépôt de projets d'optimisation sur les services diagnostiques	Oui	
Dépôt, au Ministère, des ententes de gestion Agence/établissement 2010-2011	Oui	
Dépôt des mesures pour réduire de 10 % les dépenses de nature administrative	Oui	
Dépôt du bilan du plan d'accès en déficience	Sera réalisé selon l'échéancier convenu avec le MSSS (16 juin)	
Dépôt du plan de travail sur le programme d'implantation en négligence et d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu (jeunesse)	Oui	
Commentaires Les attentes fixées à la région ont été rencontrées.		
Nom : René Dumont		Date : 25 mai 2011

Axe : Suivi de certaines attentes de l'entente de gestion	
Indicateurs	Commentaires
Accroissement du nombre d'activités dont l'implantation est prévu au Programme national de santé publique (PNSP)	Cet objectif est atteint. Le pourcentage d'implantation du PNSP est passé de 79 % en 2009 à 82 % en 2011.
Augmentation de 5 % du degré d'implantation du Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) en perte d'autonomie	Cet objectif est atteint. En fait, entre la mesure du degré d'implantation du RSIPA en 2008 et en 2010, le degré d'implantation est passé de 32 % à 60 %.
Mettre en application des mesures qui respectent la philosophie de l'approche adaptée en milieu hospitalier	L'implantation des 4 mesures prévues à l'approche gériatrique est en nette progression et devrait atteindre 75 % au cours de la prochaine année financière.
Ajustement de l'offre de service à domicile et en CHSLD au CSSS des Basques	Les résultats sur le nombre de clientèles rejointes sont demeurés relativement stables à près de 500 personnes. Cependant, l'intensité de services est passée de 19,05 à 19,19 en moyenne par usager. Le nombre de lits en CHSLD a effectivement été diminué, cependant la transformation requise de l'offre de service n'a pas encore atteint les résultats escomptés.
Diminuer de 13 le nombre de lits en CHSLD sur le territoire des Basques	
Autre indicateur spécifique	
Réduire le nombre de lits de courte durée des CSSS de Rimouski-Neigette et de Rivière-du-Loup occupés par des patients en fin de soins actifs	
<ul style="list-style-type: none"> Proportion des jours-présences en courte durée de personnes en attente d'hébergement 	
CSSS de Rimouski-Neigette période 13 de 2009-2010	6,4 %
CSSS de Rimouski-Neigette période 13 de 2010-2011	2,3 %
CSSS de Rivière-du-Loup période 13 de 2009-2010	8,0 %
CSSS de Rivière-du-Loup période 13 de 2010-2011	7,2 %
<ul style="list-style-type: none"> Durée moyenne de séjour en courte durée des personnes en attente d'hébergement 	
CSSS de Rimouski-Neigette période 13 de 2009-2010	27,0 jours
CSSS de Rimouski-Neigette période 13 de 2010-2011	15,0 jours
CSSS de Rivière-du-Loup période 13 de 2009-2010	58,0 jours
CSSS de Rivière-du-Loup période 13 de 2010-2011	52,0 jours
<p>On remarque une très nette différence entre les deux établissements. La situation du CSSS de Rimouski-Neigette s'est améliorée en raison notamment d'une révision des façons de faire misant sur de meilleurs arrimages entre l'urgence et les services de soutien à domicile, ainsi que sur une révision de l'offre de service à domicile. En ce qui concerne le CSSS de Rivière-du-Loup, la situation a été particulièrement difficile tout au cours de l'année. De fait, bien que la situation se soit améliorée par rapport à l'année précédente, les mesures mises en place n'ont pas pu permettre d'améliorer la fluidité dans l'offre de service comme demandé et prévu.</p>	
Nom : Cathy Bérubé	Date : 19 mai 2011

Axe : Spécificités régionales 2010-2011 inscrites à l'entente de gestion

Sujets	Résultats 2010-2011
Accès aux services médicaux de première ligne et continuité des services aux clientèles atteintes de maladies chroniques	8 territoires de CSSS sur 8 avec GMF; 3 IPS en fonction depuis septembre 2010.
Programme d'intervention en négligence auprès des jeunes en difficulté	Programme d'intervention en négligence débuté au CSSS de La Matapédia à l'automne 2010.
Mise en place d'un campus clinique satellite	Augmentation du nombre d'étudiants en médecine au CSSS de Rimouski-Neigette.

Commentaires

- Accès aux services médicaux de première ligne et continuité des services aux clientèles atteintes de maladies chroniques
 - La convention du GMF de Kamouraska a été approuvée par les membres du conseil d'administration de l'Agence le 30 septembre 2010 et a reçu l'approbation du ministre.
 - Lors de la première vague d'attribution des bourses, la région s'est vue allouer six de ces bourses. De ce nombre, trois IPS sont déjà actives dans les établissements de la région (CSSS de Témiscouata [deux IPS] et CSSS de Rivière-du-Loup [une IPS]) et trois autres sont en formation. Dans le suivi du déploiement de ces ressources, quatre autres bourses seront accessibles d'ici 2017.
- Programme d'intervention en négligence auprès des jeunes en difficulté
 - Le programme d'intervention en négligence a débuté dans un premier territoire, soit au CSSS de La Matapédia, à l'automne 2010. Ce projet, qui réunit le CSSS de La Matapédia et le Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent, mise également sur la participation de différents partenaires du milieu. Il y a par ailleurs des travaux en cours avec deux autres territoires afin d'étendre ce type de programme dans la région.
- Mise en place d'un campus clinique satellite
 - Le nombre d'étudiants en médecine poursuivant leur formation médicale à l'externat au CSSS de Rimouski-Neigette est passé de 4 à l'automne 2009 à 9 à l'automne 2010, respectant de la sorte la croissance de clientèle prévue.
 - Les fonds visant les travaux immobiliers relatifs à la mise en place progressive d'un campus clinique satellite ont été confirmés par le ministre de la Santé et des Services sociaux. La planification des travaux suit actuellement son cours pour cette première phase.
 - À la suite de l'approbation obtenue du Ministère en avril 2011, les travaux d'élaboration d'un PFT pourront être amorcés afin de réaliser la seconde phase de ce projet.

Nom : René Dumont

Date : 20 mai 2011

Axe : Santé publique			
Objectifs de résultats 2010-2015		Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité.	
Indicateur	Résultat* 2009-2010	Cible 2010-2011	Résultat** 2010-2011
1.1.12 Proportion des femmes nouvellement inscrites aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)	105 %	80 %	135 %
Commentaires <p>Les services pré et postnataux sont historiquement bien développés et très performants quand il s'agit de rejoindre les clientèles à risque. L'année 2010-2011 a même vu une progression de la clientèle rejointe.</p>			
Nom : Marie-Josée Tremblay		Date : 26 mai 2011	

Axe : Santé publique			
Objectifs de résultats 2010-2015		Implanter l'approche « École en santé » dans les écoles, et ce, en partenariat avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires de la communauté.	
Indicateur	Résultat* 2009-2010	Cible 2010-2011	Résultat** 2010-2011
1.1.13 Proportion d'écoles qui implantent l'approche « École en santé »	59 %	65 %	59 %
Commentaires <p>La fiabilité des données pour cet indicateur est questionnable. Bien que des activités aient été effectuées dans certains territoires, les données compilées dans le système d'information I-CLSC peuvent comporter des erreurs. Une mise à jour des inscriptions des statistiques dans le système d'information a été effectuée vers la fin de l'année financière, mais sans que les résultats inscrits au suivi de gestion ne reflètent la réalité.</p>			
Nom : Isabelle Ouellet		Date : 25 mai 2011	

- * Résultats en date du 16 mai 2010
 ** Résultats en date du 16 mai 2011

Axe : Santé publique			
Objectifs de résultats 2010-2015		Augmenter la proportion des enfants qui reçoivent leurs vaccins dans les délais requis, comme prévu au calendrier du Protocole d'immunisation du Québec.	
Indicateurs	Résultats* 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats** 2010-2011
1.1.14 Proportion des enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur première dose de vaccin contre DCaT-Polio-Hib dans les délais	60 %	75 %	69 %
1.1.15 Proportion des enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur première dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	41 %	75 %	48 %
1.1.16 Proportion des enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur première dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque dans les délais	62 %	75 %	69 %
Commentaires Au niveau de ces indicateurs, on note une amélioration des résultats par rapport à l'année précédente. Par ailleurs, à cause de l'étendue du territoire et de la dispersion des populations et, par conséquent, de l'accessibilité des cliniques de vaccination, il est difficile régionalement d'atteindre la cible. Ceci ne signifie pas pour autant que les enfants ne sont pas vaccinés, mais qu'ils ne le sont pas nécessairement à l'intérieur de la fenêtre d'une semaine prévue au calendrier de vaccination. Les parents ont également un rôle important à jouer dans le respect des délais. On remarque en effet qu'un certain nombre de parents annulent, reportent leur rendez-vous ou ne se présentent tout simplement pas. On constate également que malgré la non atteinte de la cible, la région se compare avantageusement à la moyenne provinciale. De fait, plusieurs régions du Québec démontrent des écarts à la cible semblables à ceux du Bas-Saint-Laurent.			
Nom : Renée Roussel		Date : 27 mai 2011	

Axe : Santé publique			
Objectifs de résultats 2010-2015		Renforcer la prévention et assurer le contrôle des infections nosocomiales.	
Indicateurs	Résultats* 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats** 2010-2011
1.1.17 Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	100 %	100 %	100 %
1.1.18 Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	83 %	100 %	100 %
Commentaires Tous les établissements de la région disposent maintenant d'un programme structuré de prévention et de contrôle des infections.			
Nom : Bernard Pouliot		Date : 27 mai 2011	

* Résultats en date du 16 mai 2010

** Résultats en date du 16 mai 2011

Axe : Services infirmiers et psychosociaux généraux			
Objectifs de résultats 2010-2015		Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.	
Indicateurs	Résultats* 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats** 2010-2011
1.2.2 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	3 061	3 108	2 918
1.2.3 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	3,66	4,00	3,94
Commentaires <p>Le nombre de personnes a diminué vs 2009-2010, mais l'intensité ayant augmenté, le volume global d'activité est supérieur. Il importe de mentionner que les interventions de groupe ne sont pas prises en compte dans le calcul de cet indicateur, bien qu'il y ait des activités réalisées en groupe en ce qui concerne les services généraux psychosociaux.</p> <p>Malgré tout, la région rejoint une proportion de sa population adulte supérieure à la moyenne québécoise.</p> <p>La région compte par ailleurs sur la présence d'organismes communautaires qui offrent également des services individuels et de groupe de nature psychosociale à des clientèles vulnérables qui n'utilisent pas les services du réseau de la santé et des services sociaux.</p> <p>Finalement, dès l'adoption de l'offre de services généraux psychosociaux du ministère de la Santé et des Services sociaux, cette dernière fera l'objet de discussions au plan régional pour procéder aux ajustements reliés à ces orientations.</p>			
Nom : Maria Fortin		Date : 19 mai 2011	

Axe : Services dans la communauté – perte d'autonomie liée au vieillissement			
Objectifs de résultats 2010-2015		Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservie dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.	
Indicateurs	Résultats* 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats** 2010-2011
1.3.1 Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	6 465	5 779	6 509
1.3.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	22,46	24,00	25,45
Commentaires <p>Le nombre de personnes en perte d'autonomie suivi en soutien à domicile a connu une augmentation par rapport à l'année précédente reflétant l'ajustement souhaité dans l'offre de service de soutien à domicile, ce qui favorise une diminution significative du nombre de lits en CHSLD.</p> <p>L'intensité des services a également progressé au cours de l'année pour rejoindre la cible fixée. Il faut également considérer que le réseau bas-laurentien rejoint 17,0 % des personnes âgées de 65 ans et plus alors qu'en moyenne, dans la province, c'est 14 % des personnes âgées qui reçoivent des services de soutien à domicile.</p> <p>Au cours de la prochaine année, nous comptons effectuer des interventions visant à optimiser l'offre de service à domicile et questionner notamment la pertinence des services rendus par différents modes de prestation. Cette démarche, notamment supportée par le recours aux profils ISO-SMAF récemment implantés dans la région, amènera un questionnement sur le nombre et l'intensité des services rendus afin d'assurer une meilleure adéquation avec l'évaluation des besoins de la clientèle.</p>			
Nom : Cathy Bérubé		Date : 19 mai 2011	

- * Résultats en date du 16 mai 2010
 ** Résultats en date du 16 mai 2011

Axe : Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée

Objectifs de résultats 2010-2015	Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2,5 % et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6 %.		
Indicateurs	Résultats* 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats** 2010-2011
1.3.3 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3,24	3,00	3,21
1.3.4 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,25	0,23	0,24
Commentaires Comme par les années passées, les résultats atteints au regard des heures travaillées en CHSLD se situent à l'intérieur des cibles fixées.			
Nom : Cathy Bérubé		Date : 19 mai 2011	

Axe : Soutien à domicile – déficience physique

Objectifs de résultats 2010-2015	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.		
Indicateurs	Résultats* 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats** 2010-2011
1.4.1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	2 477	2 435	2 533
1.4.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	12,98	14,47	12,71
Commentaires Le résultat en termes de volume de personnes rencontrées dépasse très largement la cible 2010 de la planification stratégique ministérielle qui correspond à 1 413 personnes pour la région du Bas-Saint-Laurent. Avec 2,6 % de la population totale du Québec, la région compte 5,8 % de tous les usagers de la province pour ce type de service. Dans ce contexte, il est impossible de présenter une intensité comparable à celle de la province qui se situe à 30,31 interventions par usager. De fait, l'intensité de services est demeurée relativement stable dans la région.			
Nom : Judith Dion		Date : 20 mai 2011	

* Résultats en date du 16 mai 2010

** Résultats en date du 16 mai 2011

Axe : Soutien à domicile – déficience physique, déficience intellectuelle et TED			
Objectifs de résultats 2010-2015		Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.	
Indicateur	Résultat* 2009-2010	Cible 2010-2011	Résultat** 2010-2011
1.4.3 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	229	252	224
1.5.13 Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	298	243	284
Commentaires Nous avons choisi de regrouper ces deux indicateurs puisque les établissements disposent d'une enveloppe budgétaire globale destinée au soutien à la famille et que les heures disponibles n'ont pas été modifiées. De ce fait, il faut analyser les résultats de ces indicateurs dans leur ensemble. On constate ainsi que c'est au total 508 familles de personnes présentant une DP, une DI ou un TED qui ont reçu du soutien alors que la cible cumulée est 495.			
Nom : Judith Dion		Date : 20 mai 2011	

Axe : Plan d'accès en CSSS – déficience physique			
Objectifs de résultats 2010-2015		Assurer aux personnes ayant une déficience physique l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis : <ul style="list-style-type: none"> - pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours; - pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours; - pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an. 	
Indicateurs	Résultats*** 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats** 2010-2011
1.45.4.1 Respect des délais – tous âges – toutes priorités	44	90 %	77 %
1.45.4.2 Respect des délais – tous âges – priorité urgente	32	90 %	38 %
1.45.4.3 Respect des délais – tous âges – priorité élevée	59	90 %	86 %
Commentaires Les résultats atteints témoignent d'une progression importante dans l'atteinte des cibles par rapport à l'année précédente. De ce fait, on constate un résultat se rapprochant des cibles pour toutes les priorités ainsi que pour les priorités élevées. Du côté des priorités urgentes, la situation est plus difficile. Pour notre région, 2 CSSS sur 8 éprouvent des difficultés à assurer la vigie exigée par ce délai de priorité, et ce, plus spécifiquement à partir de la période 7. Ces derniers devront présenter un plan local pour assurer cette vigie exigée par le plan d'accès.			
Nom : Judith Dion		Date : 19 mai 2011	

- * Résultats en date du 16 mai 2010
- ** Résultats en date du 16 mai 2011
- *** Nouvel indicateur

Axe : Services spécialisés – déficience physique

Objectifs de résultats 2010-2015 Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies.

Indicateurs	Résultats* 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats** 2010-2011
1.4.8 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation	1 796	2 010	1 943

Commentaires

Cet indicateur compte parmi les cibles non atteintes en regard de la planification stratégique 2005-2010 du Ministère pour lequel une attention particulière devait être apportée. De fait, si l'on prend en compte les résultats atteints au cours des 4 dernières années, on constate une importante croissance du nombre de personnes rejointes, passant de 1 588 en 2007-2008 à 1 943 en 2010-2011.

Nom : Judith Dion

Date : 19 mai 2011

Axe : Plan d'accès en CR – déficience physique

Objectifs de résultats 2010-2015 Assurer aux personnes ayant une déficience physique l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis :

- pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours;
- pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 90 jours;
- pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an.

Indicateurs	Résultats*** 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats** 2010-2011
1.45.4.5 Respect des délais – tous âges – toutes priorités	68	90 %	90 %
1.45.4.6 Respect des délais – tous âges – priorité urgente	s.o.	90 %	s.o.
1.45.4.7 Respect des délais – tous âges – priorité élevée	68	90 %	90 %

Commentaires

Globalement, la situation de l'atteinte des cibles pour les services spécialisés en déficience physique démontre une amélioration marquée par rapport à l'année précédente, ce qui place la région en situation avantageuse si on la compare à l'ensemble du Québec.

Sans objet (s.o.) veut dire qu'aucune demande lors de l'analyse du niveau de priorité n'a été qualifiée d'urgente pour le CRDP, donc nous ne pouvons interpréter cette donnée en la comparant à la cible du 90 %.

Nom : Judith Dion

Date : 19 mai 2011

- * Résultats en date du 16 mai 2010
- ** Résultats en date du 16 mai 2011
- *** Nouvel indicateur

Axe : Soutien à domicile – déficience intellectuelle et TED			
Objectifs de résultats 2010-2015		Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle ou un TED et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.	
Indicateurs		Résultats* 2009-2010	Cibles 2010-2011
1.5.11 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)		424	400
1.5.12 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager DI ou TED		7,72	12,00
Commentaires			
Les résultats atteints pour cet indicateur se situent dans le respect de la cible fixée quant au nombre de personnes rejointes. Avec 2,6 % de la population totale du Québec, la région compte 2,5 % de tous les usagers de la province pour ce type de service.			
De son côté, l'intensité des services est demeurée relativement stable par rapport à l'année précédente, quoique toujours plus faible que ce qui est attendu. De fait, on constate une légère augmentation de l'intensité dans la moitié des établissements et une baisse plus marquée dans les autres établissements entre 2009-2010 et 2010-2011.			
Nom : Judith Dion		Date : 19 mai 2011	

Axe : Plan d'accès en CSSS – déficience intellectuelle et TED			
Objectifs de résultats 2010-2015		Assurer aux personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis : - pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours; - pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours; - pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an.	
Indicateurs		Résultats*** 2009-2010	Cibles 2010-2011
1.45.5.1 Respect des délais – tous âges – toutes priorités		14	90 %
1.45.5.2 Respect des délais – tous âges – priorité urgente		0	90 %
1.45.5.3 Respect des délais – tous âges – priorité élevée		20	90 %
Commentaires			
Malgré une nette progression des résultats, les cibles ne sont pas atteintes à ce niveau. Cela peut s'expliquer par diverses raisons possibles :			
- Écart important entre les CSSS pour ce qui est des moyens (liste d'attente centralisée, formation du personnel par rapport aux critères de cotation des niveaux de priorités, l'organisation du travail des services de réadaptation, disponibilité de rapports de suivi de la liste d'attente) mis en place pour faire le suivi du respect des délais dictés par le plan d'accès. Deux CSSS sur huit n'assurent pas une vigie constante du respect des délais prescrits.			
Nom : Judith Dion		Date : 19 mai 2011	

- * Résultats en date du 16 mai 2010
- ** Résultats en date du 16 mai 2011
- *** Nouvel indicateur

Axe : Plan d'accès en CR – déficience intellectuelle et TED

Objectifs de résultats 2010-2015	<p>Assurer aux personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours; - pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 90 jours; - pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an.
---	--

Indicateurs	Résultats* 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats** 2010-2011
1.45.5.5 Respect des délais – tous âges – toutes priorités	85	90 %	79 %
1.45.5.6 Respect des délais – tous âges – priorité urgente	75	90 %	0 %
1.45.5.7 Respect des délais – tous âges – priorité élevée	86	90 %	81 %

Commentaires

Globalement, la situation de l'atteinte des cibles pour les services spécialisés en déficience se maintient par rapport à l'année précédente. La région présente une situation avantageuse à certains niveaux si on la compare à l'ensemble du Québec.

Le résultat pour la priorité urgente n'est pas valide et ne représente pas la réalité. À la période 7, le CRDITED a répondu à 4 demandes sur 4 de priorité urgente en respectant le délai de 72 heures, dont deux demandes d'hébergement. Toutefois, pour ces deux demandes d'hébergement, il y a eu une erreur de traitement de ces données par SIPAD. Cette erreur semble s'expliquer par le fait que ces deux clients étaient toujours en attente de service d'un intervenant au programme adaptation-réadaptation malgré que dans la réalité le premier service correspondant à leur besoin d'hébergement avait été répondu. Autre limite de SIPAD, cette erreur de traitement dans SIPAD ne peut être corrigée malgré les démarches faites auprès de la SOGIQUE. En résumé, en raison d'un problème technique, malgré que ces 2 personnes aient reçu un premier service à l'intérieur des 72 heures, ces 2 demandes sont comptabilisées comme non répondues à l'intérieur du délai prescrit à partir de la p7 à la p13. Si, nous considérons ces 2 demandes comme étant répondues à temps, pour la dernière année, le CRDITED a répondu à 4 demandes sur 4 dans le délai prescrit pour la priorité urgente, ce qui équivaut à 100 % pour le cumul de la dernière année. (après vérification auprès du CRDITED)

Nom : Judith Dion

Date : 20 mai 2011

* Nouvel indicateur

** Résultats en date du 16 mai 2011

Axe : Plan d'accès – déficience physique, déficience intellectuelle et TED

Objectifs de résultats 2010-2015	Assurer aux personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un TED l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis : <ul style="list-style-type: none">- pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours;- pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR;- pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an.		
Indicateurs	Résultats* 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats** 2010-2011
1.45.45.0 Pourcentage des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du plan d'accès – TOUTES DÉFICIENCES – TOUS ÂGES – TOUTES PRIORITÉS	65	90 %	87 %
1.45.45.2 Pourcentage des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du plan d'accès – TOUTES DÉFICIENCES – TOUS ÂGES – PRIORITÉ URGENTE	33	90 %	33 %
Commentaires <p>Pour le premier indicateur, les données régionales témoignent d'une bonne accessibilité aux services, situant la région parmi les meilleures au Québec. La situation est cependant différente en ce qui concerne les priorités urgentes où la région est loin de la cible. Cela est cependant le cas de la majorité des régions du Québec.</p> <p>La majorité des CSSS, en cours d'année, a réussi à assurer un suivi étroit des demandes en attente pour le niveau de priorité urgent. Toutefois, deux CSSS éprouvent des difficultés à implanter le suivi clinico-administratif nécessaire pour assurer une vigie pour le respect des délais. Ces derniers devront présenter un plan local pour assurer cette vigie exigée par le plan d'accès.</p>			
Nom : Judith Dion		Date : 20 mai 2011	

Axe : Services de première ligne - jeunes en difficulté et leur famille

Objectifs de résultats 2010-2015	Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne 7 interventions, par année, par usager.		
Indicateurs	Résultats*** 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats** 2010-2011
1.6.1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	4 052	3 928	4 082
1.6.2 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	6,72	7,00	6,90
Commentaires			
Les établissements sont performants dans leur capacité de rejoindre les jeunes de la région. En effet, c'est 12,2 % de tous les 0-17 ans qui ont pu bénéficier des services de première ligne au Bas-Saint-Laurent contre seulement 8 % pour l'ensemble du Québec.			
Malgré ce niveau de pénétration en croissance continue au cours des dernières années, le niveau d'intensité a pu être augmenté et se situe très près de la cible prévue à la planification stratégique ministérielle.			
Nom : Marie-Josée Tremblay		Date : 26 mai 2011	

- * Nouvel indicateur
- ** Résultats en date du 16 mai 2011
- *** Résultats en date du 16 mai 2010

Axe : Services de deuxième ligne – jeunes en difficulté et leur famille

Objectifs de résultats 2010-2015 Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la LPJ et de la LSJPA dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.

Indicateurs	Résultats* 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats** 2010-2011
1.6.4 Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	12,81	12	10,47
1.6.5 Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse	14,44	30	9,98
1.6.7 Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSJPA	0,05	14	0,84

Commentaires

Pour les deux indicateurs reliés à l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse, les résultats démontrent un niveau d'atteinte des cibles très satisfaisant.

En ce qui concerne les jeunes contrevenants, les délais sont historiquement très faibles se situant parmi les meilleurs rangs des régions du Québec.

Nom : Marie-Josée Tremblay

Date : 26 mai 2011

Axe : Jeu pathologique

Objectifs de résultats 2010-2015 Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés).

Indicateur	Résultat* 2009-2010	Cible 2010-2011	Résultat** 2010-2011
1.7.2 Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	144	178	130

Commentaires

Les résultats atteints par le Centre de réadaptation en dépendances du Bas-Saint-Laurent sont sensiblement les mêmes que l'année précédente. L'atteinte de la cible demeure difficile dans un contexte où le nombre de personnes en attente demeure très bas, soit aucune personne au 31 mars 2011.

Le faible volume d'activité lié au traitement des joueurs pathologiques peut s'expliquer, en bonne partie, par la difficulté de rejoindre cette clientèle et par la crainte qu'elle manifeste, possiblement, à s'engager dans un processus de réadaptation.

Nom : Nathalie Gagnon

Date : 19 mai 2011

* Résultats en date du 16 mai 2010

** Résultats en date du 16 mai 2011

Axe : Dépendance			
Objectifs de résultats 2010-2015	Assurer l'évaluation dans un délai de 15 jours.		
Indicateurs	Résultats* 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats** 2010-2011
1.7.4 Pourcentage de personnes évaluées dans un délai de 15 jours	Nouveau	Nouveau	54%
Commentaires Le nombre total d'usagers évalués en cours d'année par le Centre de réadaptation en dépendance est de 468 personnes. De ce nombre, 253 (54%) ont été évalués dans un délai de 15 jours ou moins. Le délai moyen provincial se situe à 62%. Les délais prévalant dans les régions du Québec varient entre 23% et 86%, démontrant une très grande variabilité entre les centres de réadaptation en dépendance du Québec.			
Nom : Nathalie Gagnon		Date : 31 mai 2011	

* Nouvel indicateur

** Résultats en date du 27 mai 2011

Axe : Services de première ligne – santé mentale			
Objectifs de résultats 2010-2015	Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.		
Indicateurs	Résultats* 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats** 2010-2011
1.8.9 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1 ^{re} ligne en CSSS (mission CLSC)	3 310	3 964	3 386
Commentaires <p>Cet indicateur compte parmi les cibles non atteintes en regard de la planification stratégique 2005-2010 du Ministère pour lequel une attention particulière devait être apportée.</p> <p>Parmi les raisons expliquant la non atteinte des cibles, outre l'intervention de groupe qui n'est pas comptabilisée et la pénurie de personnel, on n'a jamais pris en compte le nombre et le temps de formation, de supervision, d'encadrement individuel et de groupe, etc. offerts aux intervenants des équipes du CSSS.</p> <p>Des travaux sont en cours dans la région pour améliorer les trajectoires de services ainsi que les mécanismes d'accès, de liaison et de référence associés. Ces travaux devraient contribuer à améliorer l'utilisation et assurer un continuum entre les différents services.</p> <p>Malgré ce fait, en 2010-2011, la région du Bas-Saint-Laurent a rejoint 1,5 % de la population visée par cette offre de service. La moyenne provinciale se situant à 1,2 %. La clientèle rejointe par les établissements de la région représentait en, 2010-2011, 4,2 % de l'ensemble des personnes rejointes en première ligne au Québec. La performance de la région se situe ainsi parmi les meilleures régions du Québec à ce niveau.</p>			
Nom : Maria Fortin		Date : 19 mai 2011	

* Résultats en date du 16 mai 2010

** Résultats en date du 16 mai 2011

Axe : Services de deuxième ligne – santé mentale			
Objectifs de résultats 2010-2015		Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours.	
Indicateur	Résultat* 2009-2010	Cible 2010-2011	Résultat** 2010-2011
1.8.10 Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2 ^e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	150	40	209
Commentaires <p>Cet indicateur compte parmi les cibles non atteintes en regard de la planification stratégique 2005-2010 du Ministère pour lequel une attention particulière devait être apportée.</p> <p>Les délais dans l'actualisation des services en 1^{re} ligne pour certains CSSS explique que certaines demandes sont adressées aux services spécialisés alors que ces dernières pourraient être répondues en 1^{re} ligne. Des travaux sont présentement en cours dans les huit réseaux locaux afin d'assurer, lorsque pertinent, une réponse plus orientée vers la première ligne.</p> <p>Aussi, l'absence de pédopsychiatres dans une partie du territoire et le manque de psychiatres à la suite de départs ou de congés de maladie crée une pression importante sur ceux qui restent et par ricochet un impact sur les délais d'attente.</p> <p>Le respect de ce délai représente en effet un défi de taille pour 11 régions du Québec, dont le Bas-Saint-Laurent, qui n'ont pas atteint en 2010-2011 la cible qui leur était fixée.</p>			
Nom : Maria Fortin		Date : 19 mai 2011	

Axe : Services de crise et d'intégration dans la communauté – santé mentale			
Objectifs de résultats 2010-2015		Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves.	
Indicateurs	Résultats* 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats** 2010-2011
1.8.5 Nombre de places en services de soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	84	218	101,69
1.8.6 Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	156	111	142,00
Commentaires <p>Au niveau des services de suivi intensif (SI), le nombre de places est supérieur à la cible régionale. De fait, la région compte 6,8 % des places de l'ensemble du Québec au 31 mars 2011.</p> <p>Pour les services de soutien d'intensité variable (SIV), le nombre de places est en deçà de la cible. Les établissements de la région comptent en effet 2,4 % de l'ensemble des places du Québec au 31 mars 2011.</p> <p>Des efforts devront donc être apportés afin de s'assurer que les services de suivi intensif (SI) et de soutien d'intensité variable (SIV) rejoignent les bonnes clientèles ainsi que les cibles fixées à cet effet. Les établissements sont engagés dans un effort visant à faire mieux connaître leur offre de service ainsi que leurs mécanismes d'accès, de liaison et de référence.</p> <p>Par ailleurs, pour soutenir les intervenants dans les changements de pratiques requis, différentes activités de formation se sont tenues au cours de la dernière année. L'Agence a également eu recours au Centre national d'expertise en santé mentale qui a effectué une tournée de tous les établissements afin d'évaluer l'offre de service en SI et SIV. Cette tournée réalisée à l'automne 2010 et l'hiver 2011 permet de constater qu'il y a des efforts à consacrer à ce que la bonne clientèle soit orientée vers le bon service.</p> <p>Chacun des établissements ayant reçu un rapport de sa situation, il est permis de penser que les ajustements requis seront progressivement apportés. En bref, de plus en plus, la mise en place de nouveaux services repose sur de nouvelles pratiques et, par conséquent, ce changement commande de former et de soutenir les intervenants au plan clinique sur une base continue. Ce qui a notamment pour conséquence de diminuer le nombre de clients et d'interventions par intervenant.</p>			
Nom : Maria Fortin		Date : 19 mai 2011	

* Résultats en date du 16 mai 2010

** Résultats en date du 16 mai 2011

Axe : Services d'urgence – santé mentale			
Objectifs de résultats 2010-2015		Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale : - Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins; - 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.	
Indicateurs	Résultats* 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats** 2010-2011
1.8.7 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	10,7	12,0	7,79
1.8.8 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	2,7 %	0 %	0,7 %
Commentaires La situation concernant le séjour moyen sur civière permet d'atteindre la cible fixée. Au niveau du pourcentage de séjours de 48 heures et plus, bien que la cible ne soit pas atteinte, la situation s'améliore depuis les dernières années et se situe maintenant très près de l'objectif fixé. Par ailleurs, la région se compare très favorablement à la moyenne provinciale qui se situe à 9,83 %.			
Nom : Maria Fortin		Date : 19 mai 2011	

Axe : Services d'urgence – santé physique			
Objectifs de résultats 2010-2015		Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence : - Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins; - 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.	
Indicateurs	Résultats* 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats** 2010-2011
1.9.1 Séjour moyen sur civière	10,9	12,0	10,35
1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	15,1	12,5	13,99
1.9.3 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	3,0 %	2,0 %	2,1 %
1.9.4 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	6,4 %	3,0 %	4,4 %
Commentaires En ce qui concerne le séjour moyen sur civière à l'urgence, la cible fixée de 12 heures a été atteinte avec un résultat de 10,35 à la période 13. Les indicateurs 1.9.3 et 1.9.4 comptent parmi les cibles non atteintes en regard de la planification stratégique 2005-2010 du Ministère pour lesquels une attention particulière devait être apportée. La situation régionale se situe très favorablement par rapport à ce qui est observé dans l'ensemble du Québec. Ce constat vaut tant au niveau des résultats de l'année en cours que des tendances que l'on peut dégager des résultats des dernières années. De fait, la situation d'ensemble s'améliore d'année en année, certaines cibles sont soit atteintes, soit très près des résultats souhaités et la progression générale nous situe sur la bonne voie.			
Nom : Anne St-Pierre		Date : 25 mai 2011	

- * Résultats en date du 16 mai 2010
- ** Résultats en date du 16 mai 2011

Axe : Soins palliatifs			
Objectifs de résultats 2010-2015	Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.		
Indicateurs	Résultats* 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats** 2010-2011
1.9.5 Nombre de personnes desservies en soins palliatifs à domicile	659	789	696
1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	14,70	16,00	14,47
Commentaires Le nombre de personnes rejointes se situe en deçà de la cible régionale. Il est probable que cette situation ait un lien avec l'ouverture, depuis mars 2009, de 12 nouvelles places d'hébergement en soins palliatifs dans des maisons de fin de vie dans la région. Les établissements affirment cependant répondre aux références sans délai pour ce type de service. L'intensité moyenne mesurée en intervention par usager se rapproche de la cible régionale.			
Nom : Cathy Bérubé		Date : 19 mai 2011	

Axe : Lutte contre le cancer			
Objectifs de résultats 2010-2015	Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de quatre semaines.		
Indicateurs	Résultats* 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats** 2010-2011
1.9.7 Proportion des patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	99,6 %	90,0 %	97,9 %
Commentaires Le taux de respect des délais est excellent. Sur les 891 patients qui ont reçu leurs traitements au cours de l'exercice, 18 d'entre eux les ont reçus hors délais. Cette situation fut engendrée par un bris majeur de l'un des appareils de radiothérapie qui a été en arrêt sur plus de 10 semaines diminuant d'autant la capacité de traitement de ce Centre de cancer.			
Nom : Michel Plante		Date : 19 mai 2011	

* Résultats en date du 16 mai 2010

** Résultats en date du 16 mai 2011

Axe : Chirurgie			
Objectifs de résultats 2010-2015		Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche, d'une arthroplastie du genou, d'une chirurgie de la cataracte, d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.	
Indicateurs	Résultats* 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats** 2010-2011
1.9.11 Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	188	149	205
1.9.12 Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	246	229	385
1.9.13 Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	1 942	1 674	1 764
1.9.14 Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	5 298	5 296	7 587
1.9.15 Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	3 898	4 738	4 682
Commentaires Au niveau de la chirurgie d'un jour, la situation a été plus difficile au CSSS de Kamouraska et au CSSS de La Matapédia, alors que pour les chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG), il n'y a que le CSSS de La Matapédia qui a pu atteindre la cible fixée. Par ailleurs, pour les services de chirurgie, l'entente de gestion prévoyait que l'Agence mette en place des mécanismes pertinents pour notre région tels qu'un système de priorisation des demandes de consultation, une zone franche ou un guichet unique de prise de rendez-vous. Tenant compte de notre mode régional d'organisation des services en chirurgie, ces mécanismes seront pris en compte dans les travaux régionaux portant sur l'optimisation en santé physique. Également, trois établissements procèdent actuellement à des révisions de processus (approche Lean) qui affecteront significativement ce secteur d'activité.			
Nom : Michel Plante et Anne St-Pierre		Date : 25 mai 2011	

- * Résultats en date du 16 mai 2010, formulaire 200 de GESTRED
- ** Résultats en date du 16 mai 2011, SIMASS

Axe : Chirurgie			
Objectifs de résultats 2010-2015		Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche, d'une arthroplastie du genou, d'une chirurgie de la cataracte, d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.	
Indicateurs	Résultats* 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats** 2010-2011
1.9.20.1 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	86,9 %	90,0 %	80,7 %
1.9.20.2 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	85,2 %	90,0 %	76,6 %
1.9.20.3 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	99,8 %	90,0 %	99,8 %
1.9.20.4 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie d'un jour	95,0 %	90,0 %	94,0 %
1.9.20.5 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	98,0 %	90,0 %	96,6 %
Commentaires La région a connu une diminution de sa performance au niveau des deux premiers indicateurs, mais se situe tout de même au niveau de la moyenne nationale. Cette diminution n'est pas attribuable à une diminution de la production, puisqu'au contraire il s'est fait des interventions additionnelles au niveau des hanches et des genoux. Pour les autres indicateurs, les cibles ont largement été respectées.			
Nom : Anne St-Pierre		Date : 25 mai 2011	

Axe : Chirurgie			
Objectifs de résultats 2010-2015		Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche, d'une arthroplastie du genou, d'une chirurgie de la cataracte, d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.	
Indicateurs	Résultats*** 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats** 2010-2011
1.9.32.1 Nombre de demandes pour une arthroplastie totale de la hanche en attente depuis plus d'un an	0	00	0
1.9.32.2 Nombre de demandes pour une arthroplastie totale du genou en attente depuis plus d'un an	0	0	0
1.9.32.3 Nombre de demandes pour une chirurgie de la cataracte en attente depuis plus d'un an	0	0	0
1.9.32.4 Nombre de demandes pour une chirurgie d'un jour en attente depuis plus d'un an	18	0	0
1.9.32.5 Nombre de demandes pour une chirurgie avec hospitalisation en attente depuis plus d'un an	1	0	1
Commentaires Au global, pour la région, ces cibles ont été atteintes. En fait, la situation d'une seule personne a excédé le délai prescrit.			
Nom : Anne St-Pierre		Date : 25 mai 2011	

- * Résultats en date du 16 mai 2010
- ** Résultats en date du 16 mai 2011
- *** Nouvel indicateur

Axe : Personnel du réseau et du Ministère

Objectifs de résultats 2010-2015 Améliorer la gestion de la présence au travail et la disponibilité du personnel afin d'assurer un équilibre entre l'offre et la demande.

Indicateurs	Résultats* 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats** 2010-2011
3.1 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,54 %	5,46 %	5,64 %
3.4 Pourcentage de postes à temps complet régulier pour les infirmières	50,6 %	47,0 %	52,2 %
3.5.1 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	5,64 %	5,53 %	5,29 %
3.5.2 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	Nouveau	n.d.	3,02 %
3.6.1 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante en infirmières	0,49 %	0,46 %	0,42 %
3.6.2 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante en infirmières auxiliaires	Nouveau	n.d.	0,02 %
3.6.3 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante en préposés aux bénéficiaires	Nouveau	n.d.	0,00 %

Commentaires

Certaines difficultés rencontrées au niveau de l'assurance salaire dans trois établissements font en sorte que le résultat global pour la région est légèrement supérieur à la cible régionale se situant plutôt près du résultat de l'année précédente.

Au niveau de la titularisation des postes pour le personnel infirmier, les résultats sont globalement supérieurs aux cibles fixées pour la région, et ce, bien que pour deux établissements, la cible n'a pas été atteinte.

Quant au recours au temps supplémentaire en soins infirmiers, ou à la main-d'œuvre indépendante, l'ensemble des cibles régionales fixées a été atteint. Cependant, du côté du recours à la main-d'œuvre indépendante en soins infirmiers, bien que la situation régionale rejoigne les cibles, la situation a été plus critique dans quatre établissements.

Nom : René Lavoie

Date : 25 mai 2011

- * Résultats en date du 16 mai 2010 (3.1 provient d'une requête régionale considérant l'absence de CIFINO en P-13); Nouvel indicateur (indicateurs 3.5.1, 3.5.2, 3.6.1, 3.6.2 et 3.6.3)
- ** Résultats en date du 16 mai 2011 (3.1 provient d'une requête régionale considérant l'absence de CIFINO en P-13)

Axe : Trajectoire des clientèles gériatriques transitant par l'hôpital

Objectifs de résultats 2010-2015 Réduire le nombre de lits de centres hospitaliers et de soins généraux spécialisés occupés par des patients en fin de soins actifs.

Indicateurs	Résultats* 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats** 2010-2011
4.1.1 Nombre moyen de patients en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits posthospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD)	Nouveau	3	2,3
4.1.2 Nombre moyen de patients en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD)	Nouveau	3	0,8
4.1.3 Nombre moyen de patients en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (CD)	Nouveau	3	0,8
4.1.4 Nombre moyen de patients en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée (CD)	Nouveau	3	1,0
4.1.5 Nombre moyen de patients en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	Nouveau	3	2,0
4.1.6 Nombre moyen de patients en attente de ressource non institutionnelle (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	Nouveau	3	0,2
4.1.7 Nombre moyen de patients en attente de longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée (CD)	Nouveau	3	0,1
4.1.8 Taux de déclaration en hébergement à partir du CHSGS des 75 ans et plus	Nouveau	5 %	3,7 %

Commentaires

La situation régionale pour l'ensemble de ces indicateurs démontre une atteinte générale des cibles fixées à l'entente de gestion et situe la région en position avantageuse comparativement à la moyenne provinciale.

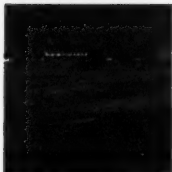
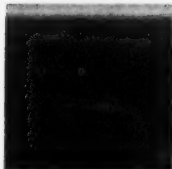
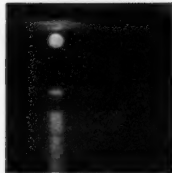
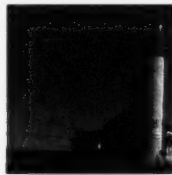
Nom : René Dumont

Date : 27 mai 2011

* Nouvel indicateur

** Résultats en date du 16 mai 2011





**Agence de la santé
et des services sociaux
du Bas-Saint-Laurent**

Québec

